SANITA' E SALUTE

Alfonsi Emilia, Ambrogiani Elisa, Antognini Paolo, Bonifazi Loretta, Cinelli Giuseppe, Cioffi Claudia, Civerchia Michele, Cotichelli Giordano, Defendi Stefano, De Padova Francesco, Dolcini Franco, Falcinelli Manuela, Filippetti Fabio, Frontalini Desiriée, Giacconi Barbara, Giammarchi Cinzia, Giuliodoro Stefano, Guidi Antonella, Lella Luigi, Martini Claudio, Mengani Paolo, Morbidoni Marco, Pesaresi Elena, Previtera Bice, Reginella Sara, Sardella Maria Teresa, Silvestrelli Daniela, Tossichetti Valeria, Vitali Cristiana

QUADERNI

QUADERNI

ASUR ZONA 7 – ANCONA
Direttore: **Giovanni Stroppa**

A cura del Centro Studi e Documentazione – Biblioteca
Coordinatore: **Stefano Giuliodoro**

Sede:
ASUR – ZONA 7
Centro Studi e Documentazione – Biblioteca
Via C. Colombo, 106 – 60127 ANCONA
Tel. 071870.5682 - 5626
Fax 0718705311
e-mail: biblio2000@fastnet.it
biblioteca@asurzona7.marche.it
http://www.asurzona7.marche.it/

***Stampa on line*: 2011**

Ha collaborato alla pubblicazione: **Loretta Bonifazi - Silvia Catena**

© La proprietà di quanto pubblicato è di "Quaderni" del Centro Studi e Documentazione Biblioteca dell'ASUR Zona 7 di Ancona, che auspica l'utilizzo del materiale per attività di studio e ricerca, chiedendo di citare sempre la fonte.

INDICE

PREMESSA

Stroppa Giovanni. 5

LAVORO E SALUTE MENTALE A CONFRONTO. Indagine conoscitiva su i programmi d'inserimento lavorativo per le persone affette da disturbi mentali e persistenti nel DSM d'Ancona

Alfonsi Emilia, Defendi Stefano, Frontalini Desiriée 6

STUDIO "POLA". Prevalenza obesità in lavoratori adulti

Ambrogiani Elisa, Morbidoni Marco, Civerchia Michele, Guidi Antonella 15

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO E LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE. Progettare un sistema di valutazione delle competenze per il personale di coordinamento

Antognini Paolo 24

L'IMPORTANZA DELLA SCRITTURA PROFESSIONALE NEL SOCIO-SANITARIO

Bonifazi Loretta, Giuliodoro Stefano, Giacconi Barbara 47

IL CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO E CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTU CTP): figure nuove per l'area infermieristica/ostetrica

Cinelli Giuseppe, Antognini Paolo 76

LE PROFESSIONI DI AIUTO LUNGO LA PROSPETTIVA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.

Cotichelli Giordano 82

LA SALUTE MATERNO INFANTILE: scenari e prospettive

Dolcini Franco 88

Eventi normativi, strumenti e paradigmi concettuali alla base dei principali cambiamenti del sistema di policy e government dei servizi. I servizi per le Dipendenze Patologiche parte e prodotto di più ampie organizzazioni.

Falcinelli Manuela 100

IPOTESI DI SVILUPPO DELLA RETE EPIDEMIOLOGICA DELLE MARCHE

Filippetti Fabio, Morbidoni Marco 128

RICERCA BIBLIOGRAFICA PRELIMINARE PER LA CABINA DI REGIA REGIONALE SULL'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Luigi Lella 132

LA RETE OSPEDALE-TERRITORIO DEGLI OSPEDALI CHELSEA&WESTMINSTER DI LONDRA E DEL MODELLO SPERIMENTALE "CARLO URBANI" DI JESI

Martini Claudio, Giammarchi Cinzia 150

LEGGETE…È SEGRETO. Lo psicologo e il segreto, tra contesto clinico e giuridico

Mengani Paolo 168

REGISTRO NOMINATIVO DELLE CAUSE DI MORTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NELLE MARCHE (RENCAM). Studio di fattibilità

Morbidoni Marco, Filippetti Fabio 176

IL NON PROFIT IN ITALIA E NEL MONDO: un'analisi comparata.

Pesaresi Elena 183

SUL PENSIERO ORGANIZZATIVO: alcune riflessioni

Previtera Bice 197

RICERCA DI SENSO E COSTRUZIONE DI COERENZA NEI PROCESSI DI ASSISTENZA ALLE PERSONE

Prefazione Stefano Ricci 229

Sardella Maria Teresa, De Padova Francesco 232

LA STORIA DI ABDUL: RIFLESSIONI NEL LAVORO PSICOLOGICO CON I MIGRANTI ADOLESCENTI.

Silvestrelli Daniela, Reginella Sara 247

NUCLEI FAMILIARI E BAMBINI SENZA PELLE

Tossichetti Valeria, Cioffi Claudia, Vitali Cristiana 252

Premessa

GIOVANNI STROPPA
Direttore ASUR Zona 7, Ancona

La miscellanea, curata dal centro studi e documentazione aziendale, che vi propongo serve anche per ricordare il continuo impegno della direzione di supportare tutti coloro che sono impegnati a vario titolo nell'area della formazione, dell'organizzazione e della gestione delle risorse umane.

Le pubblicazioni presenti nella sezione "Quaderni" rappresentano un contributo alla promozione e alla valorizzazione dell'attività di ricerca.

Tale lavoro, come molti di voi sapranno, non costituisce un'iniziativa isolata ma si inserisce di fatto in un più ampio quadro di iniziative formative, che nel tempo hanno contribuito alla promozione e alla definizione di nuovi strumenti di lavoro.

Tengo particolarmente al tema della produzione di articoli scientifici e credo che l'importanza fondamentale della capacità di scrivere e documentarsi, specialmente in una disciplina tanto in evoluzione come la medicina, è sempre legata all'obiettivo di accrescere le informazioni sia negli altri che in noi stessi.

Considero professionalmente stimolanti tutti i contributi pubblicati nella miscellanea di seguito, e credo che questo progetto, non debba solo essere divulgato alla stretta cerchia degli specialisti. Questo perché, tale lavoro possiede intrinsecamente l'ambizione di accompagnare lo sviluppo e la valorizzazione dei professionisti attraverso il rigore e la scelta di argomenti basati sui criteri dell'innovazione e del miglioramento continuo.

La scrittura scientifica offre un supporto indispensabile alla progettazione e alla comunicazione degli interventi, da un lato, è uno strumento che rende oggettivabile l'operato del servizio, dall'altro offre una maggiore possibilità di riflessione, dunque diviene anche testimonianza della qualità del servizio offerto.

Ulteriore vantaggio della produzione di contributi scientifici è l'accrescimento di coscienza della propria identità professionale, oltre ad una maggiore autorevolezza e più diffusa riconoscibilità. Tale produzione è indispensabile per la costruzione di un corpus globale pubblico di conoscenza professionale, difatti, la necessità di accrescere il valore scientifico della disciplina e della stessa professione, trova nella pratica della scrittura un tramite fondamentale.

Spero che la divulgazione di questo volume abbia una favorevole accoglienza e sia colta dai professionisti come un'utile sollecitazione a soffermare l'attenzione su tematiche di particolare rilevanza per chi ha a cuore il bene della persona assistita.

LAVORO E SALUTE MENTALE A CONFRONTO: indagine conoscitiva sui programmi d'inserimento lavorativo per le persone affette da disturbi mentali e persistenti nel DSM d'Ancona

ALFONSI EMILIA *, DEFENDI STEFANO **, FRONTALINI DESIRIÉE ***

**Psichiatra, ASUR Zona 7 CSM SUD, Responsabile Progetto La Rete del Sollievo Ambito XIII Osimo (AN).*

***Sociologo, Progetto "La Rete del Sollievo" Ambito Territoriale XIII Osimo (AN).*

****Psicologa, Progetto "La Rete del Sollievo" Ambito Territoriale XIII Osimo (AN).*

Premessa

In questi ultimi anni è aumentata la domanda da parte di chi ha un disagio psichico di in/re-inserimento nel mondo del lavoro. E' cambiata l'idea dell'Operatore e sono sempre più in aumento coloro che vedono l'accesso al mondo della produzione come un completamento del diritto di cittadinanza.

Non è sempre facile comprendere a livello istituzionale la necessità di risorse finanziarie, umane, formative, o il bisogno di politiche sociali adeguate che permettano l'inserimento lavorativo di chi soffre o ha sofferto di una disabilità psichica.

Non sono state dedicate risorse specifiche (economiche, budget, personale) al problema e ad oggi le possibilità finanziarie sono state le medesime di quelle dedicate all'handicap.

Questa indifferenziazione ha portato:

1. ad assegnare ad ogni progetto d'inserimento e/o formazione risorse finanziarie estremamente esigue;
2. alla mancanza di personale specificamente dedicato;
3. all'aumento del lavoro per gli Operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale o per quelli dei Servizi Sociali dei Comuni;
4. alla difficoltà di pensare intorno alla persona ed alla valorizzazione delle capacità ed abilità possedute;
5. alla prevalenza di Progetti con valenza di tipo socio/occupazionale senza verifica alcuna e spesso senza prospettive future.
6. alla prevalenza di inserimenti lavorativi in Enti Pubblici o nel Privato Sociale.

Nel 2003 ad Osimo, in collaborazione con il Centro di Salute Mentale e i 7 Comuni dell'Ambito Sociale 13, all'interno del Progetto Regionale d'integrazione sociosanitaria per la costituzione dei Servizi di Sollievo in favore delle famiglie e dei soggetti affetti da disturbi mentali, è stata creata un'Agenzia di Collocamento Mirato.

Quest'ultima, in un'ottica terapeutico-riabilitativa, ha come obiettivo il re-inserimento delle utenze nel tessuto sociale di riferimento attraverso il lavoro, per rendere le persone coinvolte maggiormente responsabili e favorire una parziale uscita dal sistema psichiatrico attraverso l'acquisizione del diritto di cittadinanza. Tale Agenzia ha un suo finanziamento che gli permette di gestire delle Borse Lavoro che sono un utile strumento per la crescita e la responsabilizzazione dell'utente coinvolto. La modalità d'intervento è la costruzione di un Progetto Professionale Lavoro intorno e con la persona (Fig. 1), mirato all'individuazione delle abilità personali e del livello di applicazione di queste ultime in ambiente lavorativo adeguato (collocamento mirato), attraverso l'utilizzo di Leggi inerenti il mercato del lavoro e Leggi rivolte alle categorie protette, ed altri strumenti metodologici utili all'obiettivo (metodologia strutturata di progettazione professionale, obiettivo professionale, costruzione di percorsi formativi ad hoc, protocolli, borse lavoro, etc.) (Fig. 2).

Il Progetto Professionale Lavoro accompagna la persona dal momento della sua formulazione fino al raggiungimento dell'obiettivo professionale individuato in Equipe, attraverso un adeguato "follow-up" e un servizio di monitoraggio che viene svolto sia a livello individuale con l'utente coinvolto e/o il datore di lavoro, sia a livello di gruppo (gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto su temi di carattere lavorativo).

L'Agenzia per il Collocamento Mirato per l'attuazione e la realizzazione delle attività, è gestita da una Equipe Professionale con personale esclusivamente dedicato (Sociologo mediatore al lavoro, Psicologa, Psichiatra (Fig. 4).

Concludendo, in questo lavoro vengono illustrati i risultati emersi dalla ricerca effettuata dall'Equipe Professionale dell' Agenzia per il collocamento Mirato, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale della Zona Territoriale 7 (Fig. 3). Tali risultati descrivono il funzionamento dei Servizi Territoriali (Centri di Salute Mentale) che si sono occupati di integrazione lavorativa di persone affette da problematiche psichiatriche negli anni 2003-2004-2005.

Contesto

Il territorio di indagine della presente ricerca è quella della Zona Territoriale 7 di Ancona, divisa in 3 Ambiti Territoriali Sociali (Ambito 13 Osimo, Ambito 12 Ancona, Ambito 11 Falconara Marittima), che comprende complessivamente 15 Comuni, ha una estensione geografica pari a 481,8 Km^2 ed una popolazione totale di 238.265 abitanti. (Tab 1). Tale territorio è il campo d'intervento del Dipartimento di Salute Mentale.

Il territorio indagato, in linea generale, ha una qualità della vita alta in riferimento ad altri territori italiani ed è da considerarsi ricco di possibilità lavorative per poter vivere una vita dignitosa. Nonostante ciò la presenza di piccole realtà economico produttive, sociali, comunitarie, etc., fa sì che permanga ancora una visione stereotipata e pregiudizievole riguardo la Salute Mentale.

Campione

Il campione della ricerca è costituito dagli utenti del DSM che hanno usufruito di un inserimento lavorativo nel periodo prescelto.

Periodo indagato

2003-2004-2005

Obiettivi della ricerca

- Valutare l'esistenza di una "cultura sensibile" verso l'inserimento lavorativo.
- Valutare i risultati dei Servizi Territoriali in riferimento all'inserimento lavorativo.

Ipotesi

Le ipotesi di partenza sono:

- mancanza di una "cultura sensibile" all'inserimento lavorativo per persone affette da difficoltà psichiche;
- gli inserimenti lavorativi,dove è presente un servizio "ad hoc" per questi ultimi, sono proporzionalmente maggiori dal punto di vista numerico e qualitativamente orientati ad un'ottica di responsabilità individuale.

Strumenti utilizzati

Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è un questionario semi strutturato (domande chiuse e aperte) somministrato telefonicamente dall'Equipe Professionale dell'Agenzia per il Collocamento Mirato agli/alle operatori/trici dei Centri di Salute Mentale che lavorano nella Zona Territoriale 7.

Aree indagate

Sono state indagate le seguenti aree:

- le professionalità degli operatori che si occupano degli inserimenti lavorativi;
- il progetto terapeutico di ogni inserimento lavorativo;
- la metodologia utilizzata per gli inserimenti lavorativi;
- l'esistenza di un servizio dedicato alla Progettazione Professionale Lavoro all'interno, e/o che collabora, con il CSM di riferimento;
- l'esistenza di personale specifico dedicato;
- gli strumenti e la metodologia usata per l'inserimento lavorativo.
- dati quantitativi suddivisi per gli anni 2003, 2004, 2005.

I Risultati

Tutti i CSM operanti nel territorio indagato hanno come parte della loro attività l'avvio di Progetti d'inserimento lavorativo e all'interno delle Equipe degli stessi quasi tutte le figure professionali (Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Infermieri Professionali, etc.) sono impiegate nella formulazione e nell'avviamento dei Progetti Lavoro in questione. In tutti i CSM la progettazione al lavoro non viene realizzata attraverso una metodologia di intervento comune. Solamente un CSM ha un Servizio Lavoro (Agenzia Collocamento Mirato) con personale dedicato (Tab. 2; Fig. 3).

Da quanto emerso nella raccolta dati, nel periodo 2003-2004-2005, si nota un costante aumento dell'avvio di Progetti Lavoro (P.L.) complessivi: 124 P.L nel 2003, 140 P.L nel 2004, 146 P.L. nel 2005. Parallelamente, sempre nel periodo indagato, si evidenzia un notevole incremento degli invii all'Agenzia per il collocamento Mirato, infatti dalle 7 persone del 2003 si passa alle 56 persone nel 2005.

I Progetti Lavoro avviati nei CSM di riferimento hanno per lo più carattere occupazionale, come da Tabella CSM, a differenza del Servizio Lavoro dedicato che ha realizzato, nella maggior parte dei casi, Progetti rivolti all'assunzione come da Tabella Agenzia per il Collocamento Mirato.

Tabella CSM

Anno	Totale Progetti	Assunzione	Occupazionali
2003	118	6	106
2004	123	13	110
2005	116	15	101

Tabella Agenzia Collocamento Mirato

Anno	Totale Progetti	Assunzione	Occupazionali
2003	6	6	0
2004	17	13	4
2005	30	20	10

Concludendo, sui Progetti Lavoro avviati dai tre CSM della Zona Territoriale 7 di Ancona, negli anni 2003-2004-2005, solo 3 P.L. si sono conclusi con una assunzione, a differenza dei Progetti Lavoro realizzati dall'Agenzia per il Collocamento Mirato che sono terminati con 17 assunzioni sul totale di 39 P.L. elaborati (Fig. 5;6;7).

CONCLUSIONI

Dall'esame dei risultati emerge, nonostante l'inserimento lavorativo faccia parte del progetto riabilitativo di molti pazienti che afferiscono ai CSM e quasi tutti i membri dell'Equipe Multidisciplinari

sono coinvolti nella loro formulazione, prevalentemente una visione assistenzialistica da parte degli Operatori che si occupano dell'inserimento lavorativo. Gli Operatori dedicati esclusivamente a questo problema nella maggior parte dei casi sono pochi e questo compito è affidato a personale già oberato per altre mansioni. Le risorse economico finanziarie e formative messe a disposizione degli Operatori sono significativamente scarse come le risorse umane che hanno una ineguale distribuzione. I Centri di Salute Mentale mancano di una metodologia di lavoro comune e questo nell'operatività si traduce nell'assenza di pensiero rivolto alla fiducia dell'inserimento lavorativo nel tessuto produttivo reale dei pazienti psichiatrici. La presenza di un Servizio Lavoro dedicato ha prodotto l'incremento di Progetti Lavoro ed un aumento degli esiti positivi di questi ultimi.

Dall'analisi dei dati emerge una scarsa integrazione dei Centri di Salute Mentale con gli altri Servizi Territoriali, come ad esempio i Servizi Sociali dei Comuni, gli Ambiti Sociali Territoriali, Centri dell'Impiego, etc., che si occupano del problema dell'accesso al mondo del lavoro e nel territorio d'appartenenza.

Il diritto di cittadinanza considera in modo prioritario il diritto al lavoro, come sancito dalla Costituzione della nostra Repubblica, ma, nonostante ciò, molti cittadini che utilizzano i programmi di cura dei Dipartimenti di Salute Mentale, dopo la fase del trattamento specialistico o dopo la dimissione dalle strutture ad alta intensità terapeutica, passano dallo stato di "pazienti" a quello di esclusi dal mondo produttivo, dalle relazioni sociali, culturali e affettive.

Queste considerazioni sono confermate dalle prove scientifiche derivate dai risultati delle ricerche: si calcola che,nei Paesi Europei più avanzati, circa il 75% delle persone affette da disturbi mentali gravi e persistenti, seguite continuativamente dai Servizi Psichiatrici Pubblici, sono temporaneamente o permanentemente senza un'occupazione a carattere lavorativo.

La presenza di un Servizio nato dall'integrazione di più Servizi che si occupano di codesta problematica, modifica lo scenario negativo che emerge da questa ricerca: dedicando delle risorse specifiche (formative, professionali e finanziarie) a questa problematica si possono ottenere dei risultati che permettono di restituire dignità e diritti a quelle persone colpite dalla malattia mentale. Non è più giustificabile la scarsa diffusione e lo scarso riconoscimento professionale e scientifico di questa modalità d'intervento riabilitativo, paradossalmente antinomico rispetto all'affinarsi di modelli efficaci d'inserimento o di re-inserimento lavorativo di persone affette da disturbi mentali gravi e persistenti, validati negli ultimi anni dall'Evidence Based Psychiatry. Nonostante i risultati delle ricerche scientifiche abbiano universalmente dimostrato i benefici correlati all'impiego dello strumento "lavoro" nel campo della riabilitazione psicosociale, è altrettanto indiscutibile la limitazione delle opportunità lavorative, che sono rese disponibili, anche nel nostro Paese, verso le persone affette da disturbi mentali. La strada che deve essere percorsa è ancora lunga e difficile ma, prendendo lo spunto dalle parole degli utenti, dobbiamo continuare a sollecitare un cambiamento perché **la guarigione non è guarire tornando alla vecchia vita, è un abbracciare una nuova vita, nuove possibilità.** (Eric Olsen, 2004).

Fig. 1

Costruzione progetto professionale mirato

- Invio strutturato.
- Conoscenza soggetto inviato.
- Valutazione con metodologia strutturata delle differenti abilità della persona de individuazione del livello lavorativo di progettazione.
- Sperimentazione pre-lavorativa.
- Inserimento in Gruppo di sostegno al lavoro.
- Ricerca dell'opportunità lavorativa adeguata.
- Valutazione ambiente lavorativo.
- Valutazione ruolo professionale.
- Congruenza persona/ambiente 8colocamento mirato).
- Attivazione Borsa Lavoro attivata sulle caratteristiche del progetto professionale.
- Attivazione tirocinio finalizzato L. 68/99 e/o altri strumenti disponibili.
- Monitoraggio strutturato andamento lavorativo.
- Sostegno al soggetto ospitante.
- Restituzione andamento Lavorativo e confronto e valutazione di eventuali problematiche.
- Attivazione rapporto di lavoro con L. 68/99 e/o altri strumenti disponibili.

Fig. 2

Strumenti utili alla progettazione professionale

- Legge 68/99 e Leggi sul diritto al Lavoro.
- Protocolli d'intesa.
- Protocolli operativi.
- Laboratori Lavorativi per l'individuazione delle abilità.
- Laboratorio Orientamento Lavorativo.
- Schede valutazione ambiente lavorativo.
- Schede valutazione ruolo professionale.
- Schede per il monitoraggio e la valutazione andamento lavorativo.
- Schede Progettazione Professionale.
- Sperimentazione pre-lavorativa
- Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto.
- Borsa Lavoro costruita sulle caratteristiche della progettazione professionale lavoro.
- Attività di consulenza per tutte le parti coinvolte nell'attuazione del Progetto Professionale Lavoro.
- Formazione sulle problematiche lavorative relative la disabilità
- Informazione dei diritti e dei doveri del lavoratore.

Figura 3

ASUR Zona 7 - Ancona

Dipartimento Salute Mentale

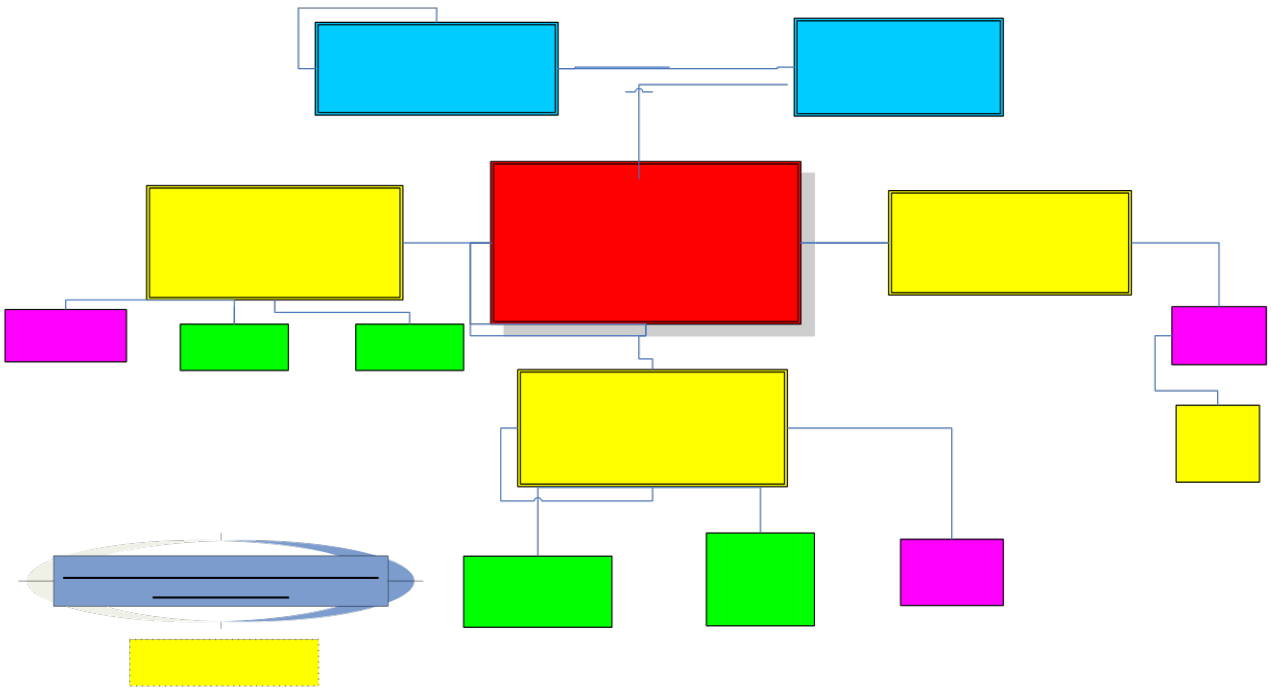


Tabella 1	Caratteristiche dei CSM del DSM Zona Territoriale 7 Ancona Anno 2003					
CSM	Abitanti	Comuni	Pz carico	Ag. Lavoro	C.D.	S.R.R.
Nord	65764	7	850	No	Si	Si
Centro	100402	1	2677	No	Si	Si
Sud	72099	7	921	Si	No	No

Tabella 2	**Personale direttamente coinvolto nell'inserimento lavorativo**					
CSM	**Medici**	**Psicologi**	**A. Sociali**	**Educatori**	**Infermieri**	**Mediatore**
Nord	0	0	1	1	0	0
Centro	1	0	5	4	0	0
Sud	1	0	1	0	0	2

Figura 4 Tipologia figure professionali coinvolte nell'inserimento lavorativo

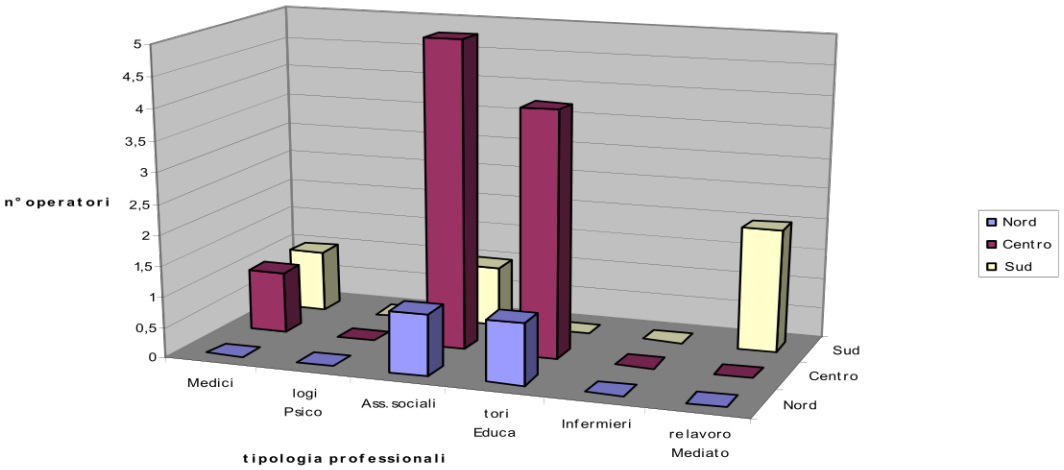


Figura 5 Progetti conclusi nel 2003

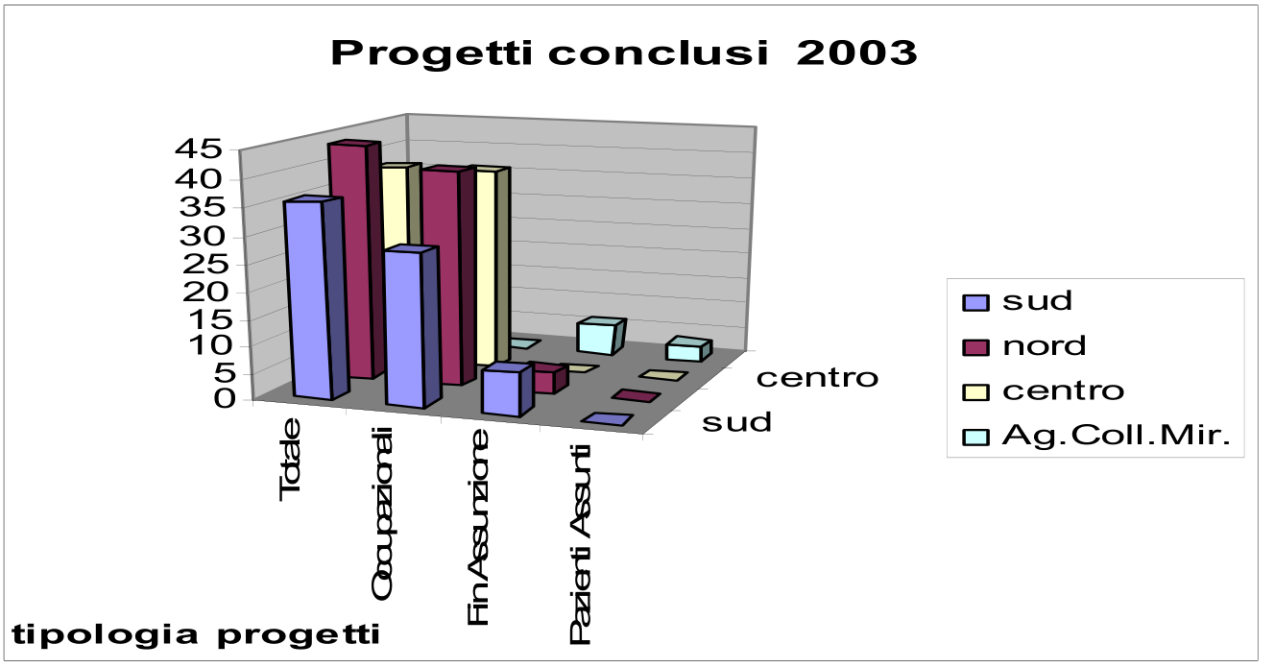


Figura 6 Progetti conclusi nel 2004

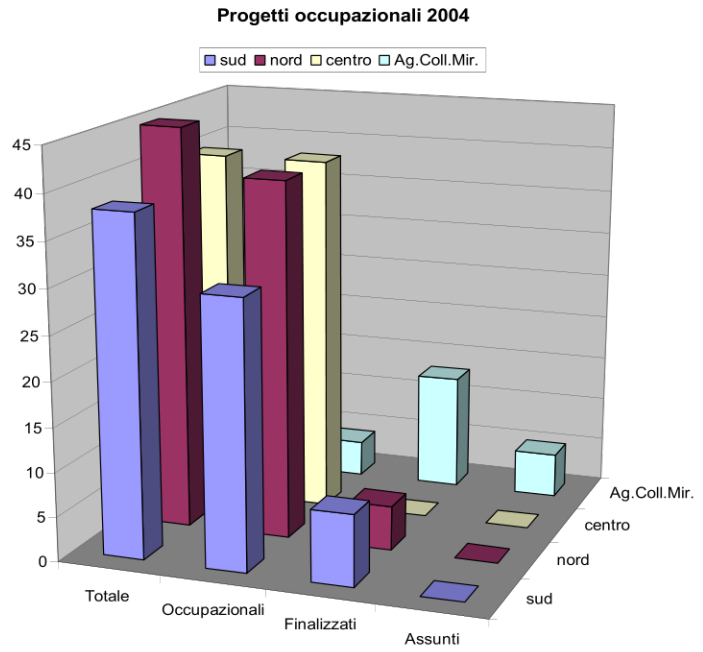
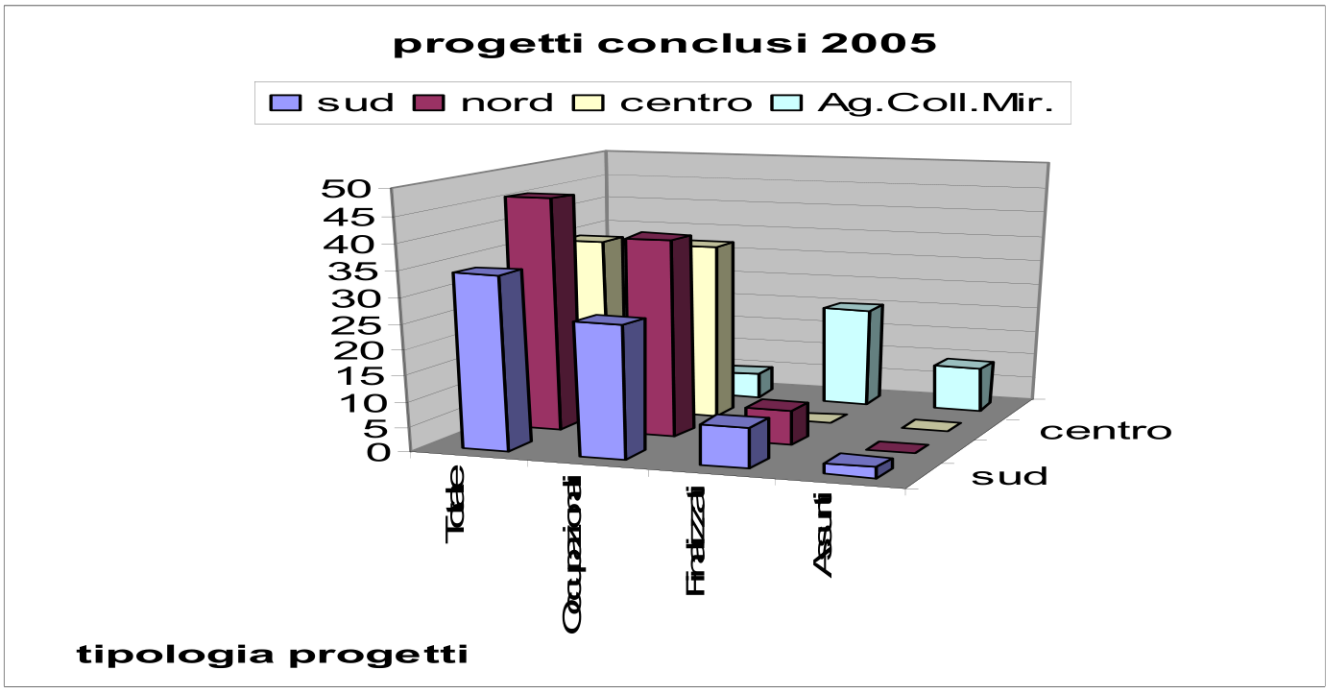


Figura 7 Progetti conclusi nel 2005



STUDIO 'POLA'. Prevalenza obesità in lavoratori adulti

ELISA AMBROGIANI*, MARCO MORBIDONI, MICHELE CIVERCHIA***, ANTONELLA GUIDI*******

**Medico, osservatorio epidemiologico ASUR Zona 7, Ancona*

***Medico, responsabile osservatorio epidemiologico ASUR Zona 7, Ancona*

****Consulente informatico, osservatorio epidemiologico ASUR Zona 7, Ancona*

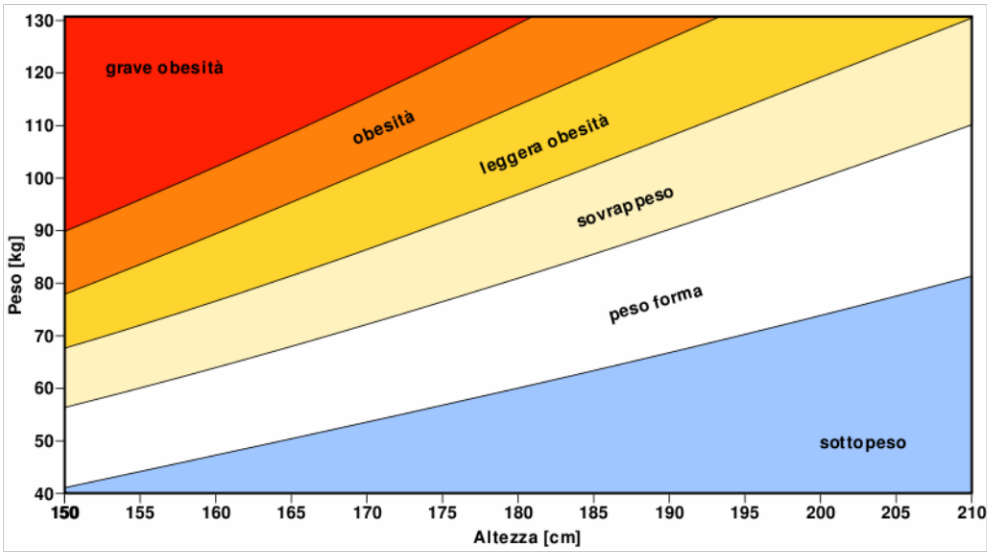
*****CPSE, osservatorio epidemiologico ASUR Zona 7, Ancona*

Introduzione

Solo negli ultimi anni l'obesità è stata ri-considerata come una vera e propria malattia sociale.
L'aumento considerevole della sua incidenza nel mondo occidentale e in Italia (le ultime stime parlano di quasi 5 milioni di italiani obesi pari al 9,5% della popolazione) pone questa malattia tra i più urgenti problemi della nostra sanità.

L'obesità, infatti, è un fattore di rischio per numerose malattie croniche ed invalidanti quali il diabete, le malattie cardiovascolari, l'ipertensione arteriosa, le dislipidemie, la gonartrosi e la coxartrosi, con una conseguente drastica riduzione della spettanza e della qualità della vita.

La situazione nutrizionale di una popolazione, pertanto, è un determinante importante delle sue condizioni di salute. In particolare l'eccesso di peso, favorendo l'insorgenza di nuove patologie o l'aggravamento di quelle pre-esistenti, accorcia la durata di vita e ne peggiora la qualità.



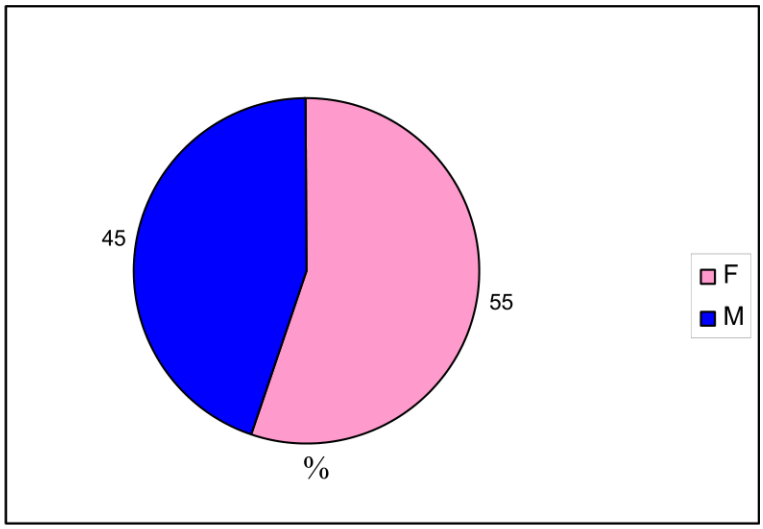
Partendo dal presupposto che conoscere la prevalenza di sovrappeso e obesità in una comunità e le abitudini alimentari ad esse connesse, è necessario per identificare e modulare gli interventi di sanità pubblica, il presente studio ha lo scopo di valutare la distribuzione del sovrappeso e dell'obesità nella popolazione adulta (18-65 anni) residente nel territorio della ZT7 di Ancona, e che lavora presso aziende presenti in tale territorio.

Descrizione del campione

Le persone arruolate sono 723 (55% maschi) e la media dell'età è di 44,32 (DS 8,97) con range 20-67, mediana 44 e moda 38.

La piccola differenze di età media tra maschi e femmine (44,30 vs. 44,34) non è significativa. Solo il range differisce: nei maschi 22-65, nelle femmine 20-67 e la moda è di 43 nei maschi e 51 nelle femmine.

Tabella 1 Frequenza per genere del campione (723)



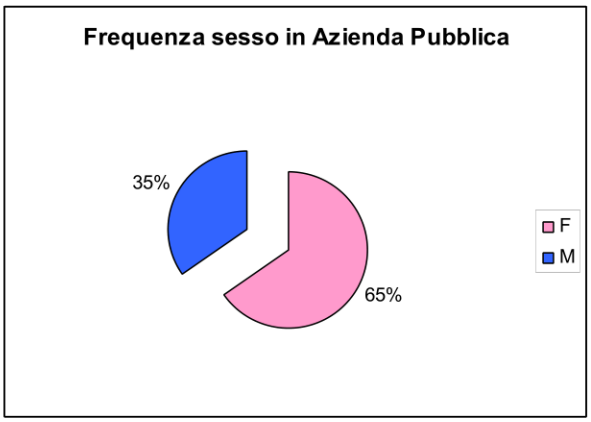
Di questi lavoratori 1/3 circa provengono da una impresa di elettrogalvanica presente nel territorio e la restante parte sono dipendenti di una azienda sanitaria (territoriale ma con alcuni plessi ospedalieri).

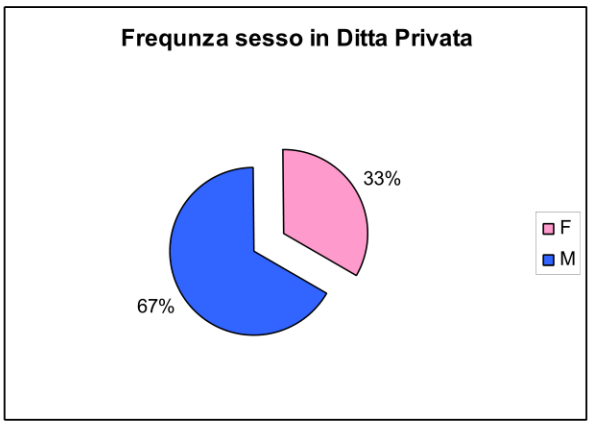
Tabella 2 Distribuzione del campione per Struttura lavorativa

Struttura lavorativa	**Frequenza**	**%**
Elettrog (privata)	234	32,4%
Azienda sanitaria. (pubblica)	489	67,6%
Totale	723	100,0%

I dipendenti dell'impresa privata sono per la maggior parte maschi (66,7%) mentre quelli dell'azienda pubblica sono femmine (65,4%).

Graf. a





Anche la media dell'età differisce.

Nell'azienda pubblica la media è 45,84 contro 41,13 di quella privata; differiscono anche la mediana (47 pubblica contro 41 privata) e la moda (51 pubblica contro 43 privata).

Tale differenza (peraltro statisticamente significativa $P < 0,005$) depone per una diversa distribuzione della forza lavoro sia per la tipologia di lavoro (più amministrativo, da diplomati o laureati in quella pubblica, più da operai in quella privata) sia perchè nelle aziende pubbliche il turn-over di personale è limitato per il blocco delle assunzioni, mentre nelle private c'è un ricambio di personale maggiore, in questo caso anche perché nell'impresa privata in questione si svolge un lavoro particolarmente gravoso e a rischio, logorante per cui c'è una selezione "fisiologica" dei lavoratori.

Nelle due aziende la media dell'età differisce ma mentre in quella privata la differenza non è significativa (40 nei maschi e 41 nelle femmine) in quella pubblica si (47 nei maschi e 44 nelle femmine) e soprattutto, a conferma di quanto sopra esposto, le mode sono notevolmente diverse (43 e 40 per maschi e femmine in azienda privata e 56 e 51 per maschi e femmine in quella pubblica).

Valutazione valori antropometrici

Il peso medio è di 70.92 kg (DS 15,6) con range 40-152, mediana 70 e moda 60.

Significativa (dal punto di vista statistico P <0,005) e notevole è la differenza tra maschi e femmine.
La media del peso dei maschi è 80 kg con range 54-146, mediana 79 e moda 80 mentre nelle femmine la media è 63,36 con range 40-152, mediana e moda 60.
In altre parole ci troviamo di fronte a differenze notevoli legate al genere.

Anche l'altezza è diversa.
La media complessiva è 167 cm (DS15,38), mediana 168 e moda 170 ma se osserviamo distintamente i due sessi troviamo i maschi più alti (175 vs. 161), con mediana 175 contro 163 e moda 180 contro 160 (p<0,05).
Due popolazioni pertanto molto diverse sia nel peso che nell'altezza.

Allora valutiamo l'Indice di Massa Corporea che nasce dal rapporto tra il peso (espresso in kg) e l'altezza (espressa in mt ed elevata al quadrato) (IMC=P/h2)
I valori di IMC sono internazionalmente definiti come nella tabella seguente.

Tab. 3 Definizione IMC

> 40	Sovrappeso di 3° grado	**Grave obeso**
30-40	Sovrappeso di 2° grado	**Obeso**
25-30	Sovrappeso di 1° grado	**Sovrappeso**
18,5-25	Normopeso	**Normale**
< 18,5	Sottopeso	**Magro**

La media dell'IMC è 24,79 (DS 4,41) con range 15-57, mediana 24,09 e moda 23,43.
Si tratta pertanto di un campione di lavoratori con valori assolutamente normali (in cui può giocare un ruolo il cosiddetto effetto 'lavoratore sano', ovvero che chi lavora, in azienda privata esposto a rischi diversi o in azienda pubblica con mansioni molto diverse, per il solo fatto di essere sano ha la possibilità di lavorare).

In realtà l'osservazione dei dati suddivisi per fonte (ovvero azienda privata o pubblica) mostra che nella prima l'imc è più basso (24 ,18 contro 25,09) ma soprattutto è più bassa la sua mediana (23,93 contro 24,21) mentre la moda si mostra rovesciata (24,48 contro 23,43). Tali differenze sono significative. Ovvero nell'azienda privata c'è una tendenza ad avere un migliore imc, ma in quella pubblica le persone si raccolgono prevalentemente attorno a valori più bassi.

Infine l'indice di massa corporea analizzato per sesso mostra che i maschi mediamente sono più 'pesanti' (25,91 vs. 23,89), con mediane diverse (25,05 vs, 22,86) e mode rovesciate (le femmine attorno al valore più alto di 23,43 rispetto a quello dei maschi che è 22,49).

Concludendo si è fatta l'analisi dei dati anche per le diverse classi d'età presenti nel campione.

A tal proposito si è preso come dato di confronto quello dello studio PASSI ((Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute) che è iniziato nel 2005, come sperimentazione di alcuni metodi utili per la sorveglianza dei fattori comportamentali di rischio e per il monitoraggio dei programmi di prevenzione delle malattie croniche, ed è stato ripreso anche nella nostra zona territoriale nel 2007 e 2008.

In questo studio le caratteristiche ponderali degli individui sono definite in relazione al loro valore di indice di massa corporea e rappresentate in quattro categorie: sottopeso (BMI < 18.5), normopeso (BMI 18.5-24.9), sovrappeso (BMI 25-29.9), obeso (BMI ≥ 30).

Nel report finale (versione dati 2007) la percentuale di persone soprappeso è del 39,1% mentre gli obesi sono il 7,2% dell'intero campione (che ricordiamo è composto da persone tra i 18 e i 69 anni):

Tab. 4 Distribuzione per classe di età del campione (45/97) – Studio Passi 2007

Classi di età	**% sovrappeso**	**% obesi**
18 - 34	29,7	0
35 - 49	30,4	9,4
50 - 69	55,5	11,1

Non avendo persone sotto i 20 anni e sopra i 67 nel nostro attuale studio, abbiamo creato tre diverse fasce d'età che (solo per alcuni valori estremi) possono essere confrontate con quelle del citato studio Passi.

La situazione è la seguente:

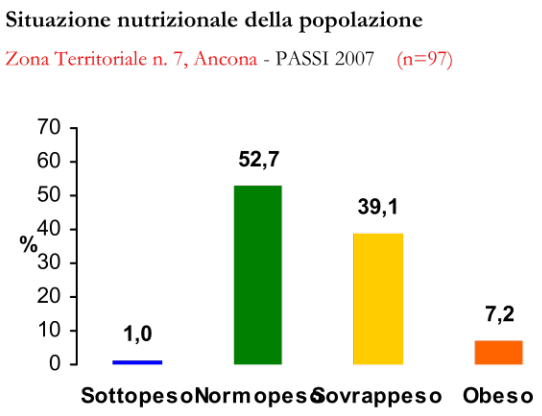
Tab. 5 Distribuzione per classe di età del campione (283/723) – Studio Pola

Classi di età	**% sovrappeso**	**% obesi**
20 - 34	22,9	7,3
35 - 49	25,5	10,7
50 - 67	33,5	14,8

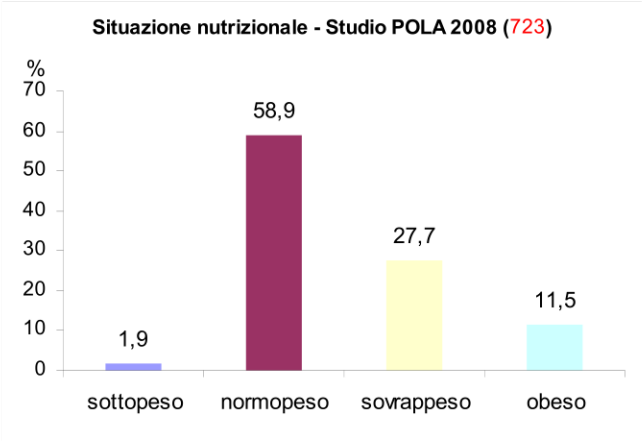
In entrambi gli studi emerge che l'IMC aumenta con l'aumentare delle età. Per lo studio Pola si è proceduto a valutare questa variazione poteva essere influenzato dal sesso ma anche in questo caso, sia nei maschi che nelle femmine l'IMC aumenta con l'età).

Confrontando entrambe le rilevazioni, dallo studio Passi nella prima fascia di età ci sono più persone in soprappeso ma non ci sono obesi. Nelle fasce di età successive, dallo studio Pola risulta una percentuale minore di dipendenti soprappeso ma un numero più alto di obesi.

Graf. b



Graf. c



La situazione nutrizionale nutrizionale generale mostra una percentuale più alta di persone in soprappeso nello studio Passi, ma un numero più alto di obesi dalla rilevazione dello studio Pola.

Conclusioni

Nelle tabelle che seguono è rappresentata nel dettaglio la distribuzione dell'IMC per classe di età e per sesso e per sede lavorativa (ditta privata o azienda pubblica).

Risulta evidente che ci sono più persone in sovrappeso e obese nel sesso maschile, dove i sovrappeso sono più del doppio delle femmine (39,4% vs. 18,1%).

Tab. 6 Distribuzione dell'IMC per genere

CLASSE IMC					
Sesso	**sottopeso**	**normopeso**	**sovrappeso**	**obeso**	**TOTALE**
F	14	268	72	44	398
Riga %	3,5	67,3	18,1	11,1	100,0
Colonna %	100,0	62,9	36,0	53,0	55,0
M	0	158	128	39	325
Riga %	0,0	48,6	39,4	12,0	100,0
Colonna %	0,0	37,1	64,0	47,0	45,0
TOTALE	14	426	200	83	723
Riga %	1,9	58,9	27,7	11,5	100,0
Colonna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nella classe di età più elevata (50-67 anni), le persone sovrappeso e gli obesi sono presenti in maniera maggiore rispetto alle classi più giovani (a conferma di quanto già visto con la media dell'IMC sopra esposta).

Tab. 7 Distribuzione dell'IMC per classe di età

CLASSE IMC					
Classe di età	**sottopeso**	**normopeso**	**sovrappeso**	**obeso**	**TOTALE**
'20-34'	2	74	25	8	109
Riga %	1,8	67,9	22,9	7,3	100,0
Colonna %	14,3	17,4	12,5	9,6	15,1
'35-49'	12	233	98	41	384
Riga %	3,1	60,7	25,5	10,7	100,0
Colonna %	85,7	54,7	49,0	49,4	53,1
'50-67'	0	119	77	34	230
Riga %	0,0	51,7	33,5	14,8	100,0
Colonna %	0,0	27,9	38,5	41,0	31,8
TOTALE	14	426	200	83	723
Riga %	1,9	58,9	27,7	11,5	100,0
Colonna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Riguardo la sede lavorativa si evidenzia come nell'azienda pubblica siano più numerosi gli obesi e i sovrappeso, mentre circa i 2/3 dei dipendenti privati rientrano nella fascia del normopeso.

Tab.8 Distribuzione dell'IMC per Sede di lavoro

CLASSE IMC					
FONTE	**1-sottopeso**	**2-normopeso**	**3-sovrappeso**	**4-obeso**	**TOTALE**
Ditta Privata	4	154	62	14	234
Riga %	1,7	65,8	26,5	6,0	100,0
Colonna %	28,6	36,2	31,0	16,9	32,4
Azienda Pubblica	10	272	138	69	489
Riga %	2,0	55,6	28,2	14,1	100,0
Colonna %	71,4	63,8	69,0	83,1	67,6
TOTALE	14	426	200	83	723
Riga %	1,9	58,9	27,7	11,5	100,0
Colonna %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization, *Global strategy on diet, physical activity and health*, 2004
- World Health Organization, *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*. 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, 17-21 novembre 1986 Ottawa, Ontario, Canada.
- World Health Organization Europe, *Health Promotion Evaluation: Recommendations To Policy-Makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation*, 1998.
- Unione Europea, *Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013*.
- Commissione delle Comunità Europee, *Green Paper. Promoting a European Framework for Corporate Social Responsability* , 2001
- AA.VV., *Move Europe, A Campaign for the Improvement of Lifestyle-related Workplace Health Promotion in Europe. BUSINESS REPORT*, 2009
- Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), *Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari*
- Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), *Piano nazionale della prevenzione 2005-2007*.
- Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), *La sfida dell'obesità nella regione europea dell'OMS e le strategie di risposta*, 2008.
- Epicentro, *I risultati del sistema di sorveglianza Passi 2007*. In: http://www.epicentro.iss.it/passi/sorvRisultati.asp
- Perbellini L., "L'attività lavorativa come fattore di rischio per l'obesità… e il contrario". In *Med Lav,* maggio-giugno 2004; 95(3): 211-22
- Giorgianni C., et al., "Evaluation of obesity in healthcare workers". In *Med Lav* gennaio-febbraio 2006, 97(1):13-9
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore, *Scheda regionale Piemonte 2007*.
- Costa G., Gnavi R., "Capitolo 3: criticità e priorità per la prevenzione". In *Parte prima: misure e problemi per la salute e la sanità*, Regione Piemonte. Assessorato alla Tutela della Salute, Rete dei Servizi Regionali di Epidemiologia, 2006.
- Wilkinson R., Marmot M., (a cura di, 2006) *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*. Supplemento al numero 17 di "Punto Omega". Quadrimestrale del Servizio sanitario del Trentino.
- Wabitsch M, Hebebrand J, Kiess W, Zwiauer K (Hsgb.), *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Prevention and Management*, Springer (2004)

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO E LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE. Progettare un sistema di valutazione delle competenze per il personale di coordinamento

PAOLO ANTOGNINI

ASUR Zona 7 - Direzione di zona, responsabile area infermieristica - ostetrica Ancona

Professore a contratto Facoltà di Medicina e Chirurgia Ancona

Professore a contratto Facoltà di Medicina e Chirurgia de L'Aquila

"Si ha un bel riunire trenta raggi in un mozzo,
l'utilità della vettura dipende da ciò che non c'è.
Si ha un bel lavorare l'argilla per fare vasellame,
l'utilità del vasellame dipende da ciò che non c'è.
Si ha un bell'aprire porte e finestre per fare una casa,
l'utilità della casa dipende da ciò che non c'è.
Così, traendo partito da ciò che è,
si utilizza quello che non c'è."
(Tao Tè Ching, 1973)[1]

Un tempo le mansioni ed i compiti rappresentavano le unità di riferimento per l'area infermieristica attraverso cui organizzare il lavoro e mediante i quali gli infermieri si rapportavano all'organizzazione. I "mutamenti" professionali nell'area infermieristica, verificatisi nell'ultimo decennio, hanno profondamente influenzato la professione e il processo di riforma culturale ed organizzativa, fino ad avvertire nella cultura contemporanea infermieristica la presenza nietzscheliana de "la gaia scienza",[2] in cui non c'è più posto per una comprensione comune delle cose.

Il coordinatore infermieristico: scenario in mutamento

L'Area Infermieristica, per dare risposte efficaci ed efficienti all'organizzazione, ha necessità di personale qualificato. In questi anni, la selezione dei coordinatori che compongono la struttura Organizzativa e Gestionale, è avvenuta utilizzando criteri (soltanto oggi il CCNL ha recepito la L. 43/'06)[3] che non hanno messo al centro dell'attenzione la formazione "specie-specifica", la conoscenza organizzativa, la competenza, la motivazione, l'entusiasmo, l'impegno personale proprio di professionisti orientati all'attività sanitaria manageriale.

Il criterio che l'ha fatta da padrone è stato piuttosto di tipo negativo: tutti possono competere, purché non presentino alcune carenze previste dalle norme. La dinamica del personale nell'area gestionale è stata caratterizzata dalla necessità di dimostrare un'anzianità di servizio e di non avere "alcune limitazioni", piuttosto che dalla necessità di dimostrare di possedere abilità correlate. In questo contesto, le decisioni venivano prese sulla base della norma interna alla situazione specifica, piuttosto che tenendo conto delle capacità di coloro che, dall'esterno, erano in grado di garantire il raggiungimento dei risultati.

---

[1] **Tao Tè Ching**, 1973 *Il libro della Via e della Virtù* - Adelphi 1973

[2] **Fiedrich Nietzsche** *La Gaia Scienza* - «Die fröhliche Wissenschaft» 1887

[3] **Gazzetta Ufficiale** *n. 40 del 17 febbraio 2006 Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"*

L' assenza di un modello "finalizzato ed esplicito" di valutazione e di valorizzazione delle risorse umane nell'organizzazione infermieristica ha operato una miriade di modelli soggettivi equivalente al numero dei dirigenti abilitati a selezionare/legittimare nuovi coordinatori.
Questo ha creato una sorta di stratificazione del personale presente oggi nell'area del coordinamento: alcuni hanno avuto la fortuna di essere "formati" da "dirigenti-maestri"; altri sono riusciti a superare le difficoltà organizzative con risorse soggettive non comuni; altri ancora si sono "accasati" in una nicchia dell'organizzazione; un'altra parte ancora, interpreta il ruolo "improvvisando" ogni giorno, con fatica crescente, le azioni da compiere. Da qui deriva, ancora una volta, lo scardinamento di un sistema che pretenda di esprimersi con proposizioni universali costruite sull'approccio semplificante di *un'unica* soluzione per *tutti* i problemi organizzativi.
In un contesto del genere, la dinamica culturale che si è affermata tra il personale di coordinamento non riguarda gli strumenti adatti alla realizzazione del proprio ruolo, misurato in termini culturali su obiettivi esplicitati, ma si concentra sulla ricerca ossessiva di ciò che le norme permettono di evitare. Il Coordinatore Infermieristico ha cercato di eludere qualunque tipo di rischio, in quanto l'unico sistema premiante è stato di tipo negativo: venivano puniti gli errori e non venivano premiati i successi.
Efficienza, efficacia, professionalità, razionalità, ambizione, propensione al lavoro di squadra e su progetto, interesse alla verifica dei risultati, sono ancora perdenti rispetto a fedeltà, obbedienza, spirito gregario, atteggiamento di rinuncia ad esigenze personali per accogliere quelle "istituzionali".
Oggi la cultura professionale del gruppo infermieristico rifiuta questa forma di arretratezza: «*L'infermieristica italiana è in piena "rivoluzione paradigmatica": le credenze, le abitudini - le "gabbie mentali", appunto - assolutamente pre-scientifiche, che fino a ieri erano sufficienti per fare, insegnare e organizzare l'assistenza infermieristica, ora non sono più all'altezza del compito. Da un lato, è mutata la stessa esigenza sociale, dall'altro, è cambiato radicalmente il nostro modo di guardare l'assistenza infermieristica, attraverso teorie, paradigmi e metodologie in cerca di validazione scientifica e riscontri empirici*».[4] La maggiore scolarizzazione, l'accresciuta responsabilità, l'aumentata crescita della fiducia nelle capacità/potenzialità individuali e di gruppo, la riduzione della dipendenza emotiva dall'autorità costituita, stanno mettendo l'organizzazione dei servizi nella necessità di ri-orientarsi. Accanto alle procedure di regolarità, si aggiunge e si enfatizza anche l'aspetto innovativo.
L'obiettivo consiste nel distruggere i punti cardinali, retaggio del passato, indicando la "nuova" identità «a*l di là del bene e del male per compiere l'attraversamento dei confini con un turbamento che non permette più di fermarsi a contemplare verità e valori come se fossero effettivamente delle stelle fisse in un firmamento sereno e tranquillo*».[5]
Gli atteggiamenti e i comportamenti dei colleghi che hanno un ruolo gestionale, nel momento in cui instaurano una relazione professionale con l'azienda sanitaria, stanno diventando sempre più motivati a collocare tale relazione dentro un'ottica che veda il professionista agire come propulsore dello sviluppo OGA, sia nell'area ospedaliera che territoriale.
Parallelamente, molti coordinatori stanno scoprendo il gusto di lavorare per obiettivi sentendosi responsabili dei risultati e vanno manifestando interesse crescente verso un rapporto sempre più generativo, riconoscendosi come professionisti «*"nell'interezza personale".*[6] *Ancor meglio questo traspare quando il soggetto "cerca attivamente" opportunità funzionali alle sue aspirazioni, muovendosi in un'ottica nella quale il vantaggio individuale passa attraverso il vantaggio dell'organizzazione, cosicché l'obiettivo diventa sinergico a quello del servizio*».
Ma succede anche che l'organizzazione abbia a disposizione risorse di qualità e non le sappia valorizzare perché non conosce quali dovrebbero essere le competenze presenti nei singoli ruoli o perché, avendo chiare le competenze del ruolo, non sa come fare a cercarle fra i suoi collaboratori; o ancora perché, pur ritenendo che il collaboratore designato per un certo ruolo sia adatto, non sa guidarlo a viversi come tale, non lo sa portare a constatare personalmente tale correlazione positiva, per cui questi arriva ad accettare la proposta ma poi non cresce, non si evolve, non si manifesta. *Philip Slater prevede che nel giro di quindici anni le aziende che adotteranno modelli organizzativi di tipo partecipativo fondati sul lavoro di squadra daranno scacco all'organizzazione gerarchica tradizionale (autoritaria). E questo perché il modello partecipativo, seppur difficile da*

---

[4] Duilio F. Manara *"Un grimaldello per scardinare le nostre gabbie mentali: la filosofia dell'assistenza infermieristica"*- Nursing Oggi, n. 4/07

[5] Fiedrich Nietzsche *Al di là del bene e del male*

[6] **Massimo Bruscaglione** *Persone è il plurale di persona* - FOR rivista per la formazione n73, anno 2007

avviare, soprattutto in campo sanitario, quando funziona è in grado di utilizzare la motivazione in maniera più efficiente di quello autoritario, facilitando la gratificazione e condividendo con il soggetto i risultati. [7]
Valorizzare le individualità deve essere un obiettivo del nuovo management infermieristico, al fine di generare un cambiamento diffuso e culturalmente supportato. La persona in quanto soggetto, deve entrare a pieno titolo nel sistema ed essere protagonista della sua e della altrui crescita.

Il contesto di riferimento: *le Organizzazioni sanitarie e la figura di Infermiere Coordinatore*

Le Aziende sanitarie sono erogatrici di servizi, ovvero di una serie di attività che hanno luogo nell'interazione tra il fruitore del servizio e la struttura che si propone di trovare una soluzione ai problemi del cliente. In ambito sanitario stiamo progressivamente assistendo ad una trasformazione, del modello "meccanicistico" in uno più flessibile detto "organicistico".[2]
L'ambito infermieristico non è certo esente da questo tipo di trasformazione. In particolare, la figura del Coordinatore Infermieristico riveste un ruolo fondamentale in conseguenza del fatto che gestisce risorse umane, materiali, tecnologiche, strutturali ed economiche al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati. «*In questi ultimi anni, le politiche del personale sono state rivolte alla coerente integrazione tra le competenze tecnico-professionali, intese come competenze clinico-specialistiche, con quelle organizzativo–gestionali, intese come manageriali*»[8]*:* tale cambiamento deve essere fortemente percepito dall'organizzazione e dal coordinatore infermieristico.
Il Coordinatore Infermieristico è «"…*un professionista che ha sviluppato specifiche competenze nell'area organizzativa e gestionale, allo scopo di attuare politiche di programmazione sanitaria orientate al miglioramento continuo della qualità, in riferimento alle risorse strutturali, tecnologiche ed umane, nell'ambito del servizio coordinato per garantire il raggiungimento degli obiettivi del sistema organizzativo sanitario.*" *In particolare, il coordinatore è paragonabile, per competenze e ruolo, a colui che ha la responsabilità di tutto ciò che viene definito "process owner", ossia colui che ha la responsabilità di tutto ciò che viene realizzato all'interno del processo e che ha anche l'autorità per prendere tutte le decisioni che possono influenzare l'andamento dello stesso. Suo compito è quello di impegnare soggetti con competenze professionalispecifiche, facendo in modo che nessuno debba rinunciare alla propria identità, ma che nel contempo tutti s' impegnino nel raggiungimento di un obiettivo comune. Perché ci sia competenza è necessaria la messa in campo di un repertorio di risorse; questo bagaglio è la "conditio sine qua non" si realizza la competenza e la competenza implica necessariamente un saper agire"* ».[9]

---

[7] **Giuseppe Noto e Francesco Di Stanislao** ***MECOSAN (Univ. Bocconi) "****Management ed Economia Sanitaria"* N. 52 - Sez. 1^- Saggi e ricerche

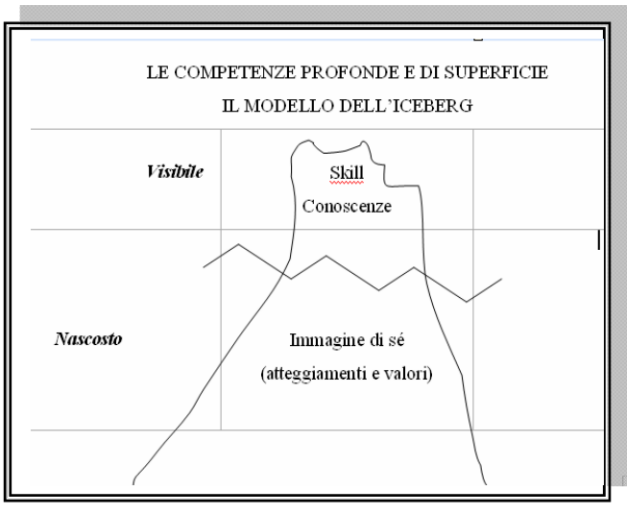
[2] **ISMO** *Appunti sull'organizzazione* AA 04-05 http://www.facli.unibo.it/NR/rdonlyres/

[8] **Eugenio Vignati** e **Paolo Bruno** *Tecniche di management sanitario* - ed. Franco Angeli 2004

[9] **Lucia Bonechi e Piero De Risi** *Qualità e Sanità - la qualità nell'ospedale azienda* – ed. Nuovo Studio Tecna 1997

Analisi del problema

Riconoscere le competenze diventa necessario sia all'Organizzazione, che le deve valorizzare, sia al singolo individuo, in modo che possa comunicarle ed esprimerle nel migliore dei modi possibili. Lyle M. Spencer e Signe M. Spencer[10] proponevano, a tal riguardo, l'immagine dell'iceberg per rappresentare l'idea che le competenze abbiano « *degli strati "sommersi", i quali non possono essere visti chiaramente nemmeno dagli attori che le posseggono, e degli strati più "superficiali", visibili e facilmente identificabili*».



Pertanto diviene necessario affrontare **la valutazione delle abilità, delle propensioni professionali e del bilancio delle competenze del personale di coordinamento** attraverso percorsi strutturati e condivisi, con il fine di contribuire all'implementazione delle metodologie di utilizzo e all'ingresso della nuova cultura nella gestione della risorsa umana.

Rassegna della letteratura

Nella fase iniziale verrà effettuata una rassegna della letteratura sugli aspetti Organizzativi Gestionali, proponendo una riflessione non soltanto intorno ai diversi filoni che si occupano delle tematiche, ma analizzando nello specifico il ruolo strategico della risorsa umana e focalizzando l'attenzione sulle relazioni tra organizzazioni e professionisti. Sono stati ripercorsi nella rassegna i contributi classici e i cambiamenti potenziali al ruolo del Coordinatore Infermieristico proponendo non solo una visione della carriera fortemente determinata dalle dimensioni strutturali dell'organizzazione, ma collocando le più specifiche nozioni di **valutazione del personale e del bilancio delle competenze** nella strategica di flessibilità e mutevolezza degli attuali SISTEMI.

Obiettivi

Percorso formativo. **Primo obiettivo** del progetto è l'elaborazione di un percorso formativo, continuo ed articolato nel tempo, per il personale infermieristico di coordinamento, al fine di far acquisire coscienza e condividere l'implementazione delle modalità valutative aziendali.

"Progetto cantiere". **Secondo obiettivo:** programmare, pianificare e calendarizzare i tempi per l'elaborazione del nuovo sistema di valutazione e del bilancio delle competenze sulla base di skill effettive e potenziali grazie alla gestione condivisa dei Coordinatori Infermieristici.

Descrizione del progetto

Percorso formativo *in modalità ECM.*

Nel dettaglio del percorso formativo è importante soffermarsi sulle scelte didattico-metodologiche, in una prospettiva organizzativa che valuti l'interezza della **risorsa umana** e del *background* culturale. Le parole sono: **sapere, saper fare, saper essere.** Parole che sono state per anni, in questa sequenza, quasi un dogma della formazione e del nursing. «*Si parte dalla conoscenza e si arriva agli orientamenti e ai comportamenti. Ma basta cambiare il loro ordine e tutto cambia: "**essere, sapere, fare, fare bene**". Forse per arrivare ai comportamenti, prima ancora che dalla conoscenza, si deve partire dall'**essere**. Spesso si è detto che quella dell'essere non è area di pertinenza delle organizzazioni. Forse è vero, forse no. Ma le organizzazioni sono fatte di persone, prima ancora che di modelli o di strutture. E le persone **sono**, prima ancora di sapere, di fare, di interpretare ruoli*».[11]

---

[10] **Lyle M. Spencer e Signe M. Spencer** *Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore* -3ª ristampa 2007, 6ª edizione 2003

[11] **Marco Recchioni** *"verso un approccio multidisciplinare allo studio dell'apprendimento"* - FOR AIF n. 69, Ottobre-Dicembre 2006

Diviene per questo importante strutturare il percorso formativo nel rispetto «*dell'idea del singolo e della sua "mappa cognitiva", ossia del modello interpretativo esperienziale*»[12] che si traduce in: un'**analisi del fabbisogno formativo** e della **progettazione** di un percorso "tailor-made", "tagliato e cucito" sui singoli e poi sulla totalità, nel rispetto «***del sapere professionale*** *(costituito dal patrimonio di informazioni, conoscenze, metodi e tecniche proprie di ciascuna professione) e* ***della cultura organizzativa di ruolo****, rappresentata da valori, atteggiamenti, norme esplicite ed implicite tipiche di un gruppo professionale*».[13]

- una **continuità formativa** che fa riferimento ad un metodo di sviluppo e di crescita progressiva dei partecipanti [tecnica DELFI di Olaf Helmer e Norman Dalkey][3], nell'ottica di un rapporto serio e continuativo tra committenza e formatori. La formazione viene vista quindi come un processo organico e strutturato, coerente con i principi della *'learning organization'* (organizzazione che apprende) e delle sue metodologie *(cambiamento del singolo = cambiamento collettivo = cambiamento dell'organizzazione),*[14] con il fine di costituire competenze comportamentali consolidate rispondenti agli **obiettivi didattici di breve e medio termine**;
- una modalità didattica interattiva e mista: **formazione d'aula** abbinata **ad incontri di coaching di gruppo** [modello GROW di John Whitmore] [15]. Consiste nello sperimentare in aula nuovi concetti e strumenti appresi, garantendo contemporaneamente un supporto costante e puntuale alle applicazioni sul campo, nel rispetto degli elementi situazionali, culturali ed organizzativi. Si potrà inserire, a scopo integrativo, la previsione di **un momento di verifica**, attraverso una prova mirata di natura tecnico/pratica (come *l'assessment center,*[16] quale forma di simulazione utile per rilevare e valutare le skill necessarie per ricoprire ruoli di tipo direttivo/manageriale).

A questa modalità si potrà affiancare «*"l'autoritratto formativo" come strumento simbolico proiettivo che utilizza uno spazio bidimensionale (il dentro e il fuori), per offrire l'opportunità alla persona di rappresentarsi esprimendo gli aspetti del proprio sé nei confronti dello specifico professionale*».[17]

Contenuti

- Human Resource Management: [18] la gestione e la valorizzazione delle risorse umane per favorire il raggiungimento degli obiettivi aziendali.
- Cosa sono le competenze, perché è importante riconoscerle, mapparle e valorizzarle.

- Le competenze come strumento di miglioramento continuo.
- Alcune proposte metodologiche per identificare le competenze.
- Vantaggi derivanti dall'utilizzo di un sistema di gestione basato sulle competenze.
- Strumenti e metodologie per la valutazione delle risorse e bilancio delle competenze.
- Case study.
- Definizione del modello di riferimento per la valutazione delle risorse e il bilancio delle competenze.

---

[12] **Roberto Vardisio** *"Un seme che non germoglia per una creatività sinecologica"* - FOR Rivista per la formazione n. 69, Ottobre-Dicembre 2006

[13] **Paolo Antognini** *"Fare Formazione in Sanità"*- Nursing Oggi, numero 1, 2003 ed. Lauri edizioni

[3] **tecnica DELFI** di *Olaf Helmer Norman Dalkey*

[14] **Massimo Bruscaglioni** *"obbietivi e risultati dell'intervento formativo: che cosa valutare*" - FOR rivista per la formazione n. 63, Aprile - Giugno 2005 ed Franco Angeli

[15] **Sergio Di Gironi, Paola Lunghi, Sheyla Rega Coaching** *"one to one" e team coaching"* - FOR AIF n.66, gennaio marzo 2006

[16] **Del Pinto Emanuela** *Assessment center. Tecniche e strumenti per il valutatore* - ed. Franco Angeli 2004

[17] **Stefano Ghena e Marta Scignaro** *"L'autoritratto in formazione: uno strumento contro l'assuefazione a sé"*- FOR rivista per la formazione n. 62,

Gennaio-Marzo 2005 ed Franco Angeli

[18] **HRM** considerata come "processo di analisi dei bisogni di risorse umane e di un'organizzazione in via di cambiamento da un lato e come sviluppo delle attività necessarie per soddisfare questi bisogni dall'altro" Focalizza la gestione del personale sui cambiamenti individuali anziché su quelli del gruppo. **Tiziana Gandini** *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento pag 46.* – ed. Franco Angeli 2005

"Il progetto cantiere"

... «la conoscenza è diventata il più importante fattore produttivo nell'economia moderna […] è venuto il momento di progettare un metodo concreto per mettere in pratica questa idea».[19]

Le azioni formative intraprese e gli obiettivi didattici definiti sono finalizzati a mettere in pratica questa "**idea"** con **"il progetto cantiere"** che vale come modello di riferimento per la **valutazione dell'effettivo e del potenziale** nell'area del coordinamento infermieristico.

Valutazione dell'effettivo: consiste nell'attribuire attribuire adeguata considerazione e valutazione al percorso culturale, professionale, formativo ed esperienziale soprattutto, ai risultati conseguiti, alle prestazioni rese, alle capacità dimostrate nell'espressione del ruolo, alle abilità gestionali ed organizzative, alle competenze professionali ed operative, alla corretta interpretazione delle finalità assegnate, alla propensione per l'intrattenimento.

Valutazione del potenziale: consente di esprimere giudizi sufficientemente fondati sulle potenzialità di sviluppo professionale del coordinatore infermieristico, valutandone nel complesso le competenze, attitudini, capacità, motivazioni e atteggiamenti, compresi impegno e capacità di adattamento organizzativo e gestionale.

"il progetto cantiere": ha come premessa il REGOLAMENTO AZIENDALE che definisce; ruolo ed aree di responsabilità del Coordinatore Infermieristico.

[vedi allegato A]

La valutazione si focalizza sull'efficacia del processo e sulla verifica dei risultati. Attraverso una lettura dei *dati* ***quantitativi e qualitativi.***

I dati ***qualitativi*** *possono comprendere gli atteggiamenti dei Coordinatori, i fattori motivazionali, le percezioni della produttività e l'individuazione dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione. Questi dati sono i più difficili da ottenere e presuppongono una fase di raccolta ed analisi d'informazioni attraverso la gestione di sistemi concordati e validati.*

I dati ***quantitativi*** *forniscono informazioni in forma numerica e riguardano livelli di performance e attività. Questi dati si possono ottenere attraverso la gestione della reportistica presente nella U.O. o Servizio.* [20]

Lo Schema della valutazione articolata in tre aree:

Valutazione delle POSIZIONI

ottica rivolta al presente
contributo richiesto: quello che si deve fare e come lo si deve fare
risultati attesi dal Coordinatore: **si confrontano i compiti e le responsabilità del Coordinatore nelle diverse U.O. e servizi .**

Valutazione delle PRESTAZIONI

ottica rivolta al passato
contributo fornito: ciò che il valutato ha fatto e come lo ha fatto
risultati conseguiti dal Coordinatore: **si confrontano le performance ottenute rispetto a quelle attese**

L'insieme dei dati quantitativi e qualitativi mettono in luce i cambiamenti nei comportamenti e nei processi organizzativi/gestionali contribuendo alla valutazione del potenziale.

---

[19] **Thomas A. Stewart** *"La ricchezza del sapere"* - ed. Ponte alle Grazie Maggio 2002 Cap. V pag 43

[20] **Charles A. Aubrey e Patricia K. Felkins** *"Teamwork gruppi di miglioramento in azione"* – ed. Itaca 1994, cap I pag. 65

Valutazione del POTENZIALE

ottica rivolta al futuro

contributo fornibile: ciò che il Coordinatore potrebbe fare in futuro

risultati conseguibili dal Coordinatore: si confrontano le caratteristiche professionali **(aspettative di efficacia personale)** del Coordinatore con il mandato Aziendale **(aspettative di risultato)** [21]

[vedi allegato B]

Aree di attenzione divengono le analisi dei ***profili di posizione*** *necessari alla vita organizzativa, con programmi che vanno a coprire, in primo luogo, le esigenze professionali, ma contemporaneamente aprono spazi significativi allo sviluppo,*[22] diffondendo nei Coordinatori Infermieristici la cultura della valutazione, o meglio, del **Sistema del bilancio delle competenze** visto non tanto come il "giudicare", ma come un progetto di sviluppo professionale, in condivisione con la "*mission*" aziendale.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

In questi ultimi anni sono intervenuti cambiamenti epocali nell'area del personale e si è passati da una visione rigida delle professioni (qualifiche) a una chiara idea di profilo e di competenza.

Si possono evidenziare questi cambiamenti, che interessano tutti i professionisti, citando quegli atti normativi più significativi per l'argomento trattato:

Normativa Generale	Normativa Professionale Contrattuale	Formazione
DPR 761/79 D.P.R. Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali	**DPR 7settembre 1984 n 821** Attribuzione del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle Unità Sanitarie Locali	**Decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica** 3.11.1999, n. 509 e dell'art. 3, comma 9

Normativa Generale	**Normativa Professionale Contrattuale**	**Formazione**
Decreto Legge 502/92 517/'93 Riordino della disciplina in materia sanitaria	Federazione **Codice Deontologico** IPASVI, 1999	**Decreto del Ministero**

[21] ***Le aspettative di efficacia personale****: corrispondono alla convinzione di poter attivare con successo il comportamento richiesto per produrre il risultato. Le* ***aspettative di risultato:*** *sono date dal prodotto della stima soggettiva che un determinato comportamento possa condurre a un certo risultato.* **Robert B. Dilts** *"Leadership e visione creativa*" - Guerini e Associati 1998, cap. V pag 122

[22] **Franco Prandi** *"Le culture della formazione in Sanità. Un'analisi storico-critica dei modelli di apprendimento nel sistema sanitario"*- FOR rivista per la formazione n.68, 2006

D.L.gvo 29/93 Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego	**Legge 26 Febbraio 1999, n. 42** "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"	**Costituzione Commissione Nazionale per la Formazione** 5 Luglio 2000
D.L.gvo 19 settembre 1994 n 626 Miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro	**Legge 10 Agosto 2000, n. 251** Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.	**CCNL del personale del Comparto SSN** – programma ECM per tutto il personale Sanitario
PDCM 19 Maggio 1995 Carta dei Servizi "Schema generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari"	**Legge 1 Febbraio 2006, n. 43 all'art. 6, comma 5** *"DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, OSTETRICA, RIABILITATIVE, TECNICO-SANITARIE E DELLA PREVENZIONE E DELEGA AL GOVERNO PER L'ISTITUZIONE DEI RELATIVI ORDINI PROFESSIONALI"*	**Decreto del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca** del 22.10.2004, n. 270
D.L.gvo n. 229/'99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"	**Accordo Stato-Regioni del 1 Agosto 2007** Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina	**Legge 1 Febbraio 2006, n. 43** "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione" e delega al

D.L.gvo 165/01 Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche	**CCNL** del personale del Comparto SSN quadriennio normativo 2006-2009 e biennio economico 2006-2007 stabiliscono nell'1% del monte salari la dotazione finanziaria minima che ogni azienda deve mettere a disposizione ogni anno per la formazione e l'aggiornamento del personale	Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17 febbraio 2006 recita, all'Art 2 comma 4. L'aggiornamento professionale è effettuato secondo modalità identiche a quelle previste per la professione medica

Nel tempo si è andati oltre alla definizione di mansione **per introdurre i profili** ed orientare l'attenzione ai temi delle responsabilità delle proprie azioni con sguardi sempre più puntati al risultato. Per tutti si parla di **valutazione** (livello normativo e livello contrattuale) non solo per rendere conto delle performance delle prestazioni ma, anche e soprattutto - almeno nella mia esperienza–, per dimostrare **competenze e opportunità di sviluppo**. *La valutazione, cioè, è interpretata come rapporto tra azienda e professionista nel senso della lettura delle attese reciproche e delle risposte che vengono date. È iniziata una lunga marcia di avvicinamento ad un governo delle persone intese come partner di un progetto*[23]

Analisi delle risorse disponibili

L'analisi delle risorse disponibili, *in sintesi,* viene elaborata seguendo il *metodo della TQM definito delle 4 M (Men Machine Method Material),*[24] valutando tutte le risorse disponibili e finalizzate ai due progetti, in un'ottica sia formativa che organizzativa.

RISORSE DISPONIBILI	ANALISI DELLE RISORSE
Umane	♦ 30 Coordinatori Infermieristici di U.O. e Servizi dell'area Ospedaliera e Territoriale di cui 4 con funzioni di CAAD (Coordinatore Attività Area Dipartimentale) ♦ Animatori della formazione per l'area infermieristica ♦ Gruppo Infermieristico - Centro di Riferimento Regionale per l'EBN *(C.R.R. E.B.N.)*-
Materiali	♦ Aule di formazione e strumenti a supporto ♦ Materiale informatico
Mezzi	♦ Piano annuale della Formazione Aziendale per l'area del Comparto ♦ Fondo economico per le attività formative "obbligatorie" nel rispetto della normativa e del CCNL per l'area del Comparto ♦ Sistema di Valutazione definito dalla normativa e dagli accordi con la Rappresentanza Sindacale Unitaria ♦ Rete informatizzata aziendale ♦ Centro di riferimento Regionale per l'EBN ♦ Centro di documentazione aziendale (Emeroteca-Biblioteca)
Metodi	♦ Formazione in modalità ECM nel rispetto dei requisiti del Sistema di Accreditamento Regionale (dalla progettazione --------alla valutazione) ♦ Attività formativa certificata dai criteri Regionale e Aziendali ♦ Formazione d'aula e *tecnica Delfi* - Formazione di gruppo e *metodo GROW*

[23] **Franco Prandi** *"Le culture della formazione in Sanità. Un'analisi storico-critica dei modelli di apprendimento nel sistema sanitario"* FOR rivista per la formazione n.73 2006 ed Franco Angeli

[24] **T.Conti** De Sanitate NUOVO Studio Tecna pag 61 n.6 Marzo '99 "*Come costruire la Qualità Totale* ed. Sperling & Kupfer 1992

	♦ Pds©a per la gestione del "progetto cantiere" *ciclo di Deming* [25] ♦ Valutazione ex ante *metodologia dell'analisi SWOT (Strenghts - Weaknesses - Opportunities - Threats) ovvero dei punti di forza e debolezza e delle potenzialità e rischi.*[26] ♦ Valutazione in itinere ♦ Valutazione ex post

ANALISI DEL PROCESSO **FORMATIVO**

L'analisi dei bisogni formativi per l'anno 2008 vede l'implementazione a livello di Azienda delle seguenti aree:

- miglioramento qualità e sviluppo organizzativo,
- formazione ed aggiornamento professionale
- implementazione degli standard derivati da leggi, regolamenti, linee guida, protocolli

Il percorso formativo come supporto strategico di cambiamento **al sistema di valutazione delle competenze per il personale di coordinamento** deve rispondere pienamente al mandato Aziendale e Regionale che nell'ultimo documento dichiarava: *"l'identificazione degli obiettivi formativi dovrà […] essere coerente con l'analisi dei bisogni, così come l'attuazione dell'intervento formativo dovrà prevedere metodologie coerenti e finalizzate agli obiettivi di servizio".*[27]

Pertanto l'analisi del processo prende in considerazioni tutti gli aspetti che possiamo schematizzare nelle seguenti fasi:

- **Identificazione degli obiettivi prioritari (azienda, gruppo, individuo)**

  Step:
  Individuazione degli obiettivi chiave
  Individuazione delle aree d'intervento

  Metodologia:
  Intervista semi-strutturata ai committenti *(triangolo negoziale: formatore fruitore committente)*[28]

  Aree d'intervento:
  Il programma è applicabile:
  - a livello azienda
  - a livello Gruppo/Unità Operative /funzioni trasversali-Dipartimentali
  - a livello individuale

- **Analisi delle risorse necessarie**

In questa fase vengono definite le capacità chiave necessarie a ricoprire il ruolo. Per ogni capacità chiave vengono definiti le specifiche risorse necessarie a livello di identità di ruolo, motivazioni, abilità, comportamenti e ambiente entro cui operare.

---

[25] **T.Conti** Pds©a plan, do, stady/check, act le 4 fasi del progetto De Sanitate NUOVO Studio Tecna pag 61 n.6 Marzo '99 "*Come costruire la Qualità Totale* ed. Sperling & Kupfer 1992

[26] **Marina Bottegoni** *metodologia dell'analisi SWOT* (Strenghts - Weaknesses - Opportunities - Threats) - Human Capital, EDK Editore 1/2006.

[27] **BUR Regione Marche** *"linee guida alle Aziende Sanitarie, Ospedaliere INRCA ed ARPAM per la gestione delle attività di formazione" 2007*

[28] **Nardi Tony** "*risorse umane*" *metodologia dell'analisi,* - Human Capital, *pag. 15* - EDK Editore 1/2006.

Step:
ANALISI A 5 LIVELLI [4]
Analisi del Ruolo/Identità
Analisi delle Motivazioni/Atteggiamento/Mentalità
Analisi delle Abilità
Analisi dei Comportamenti
Analisi dell'Ambiente

Metodologia:
Definizione delle risorse chiave

- **Bilancio approfondito del potenziale disponibile**

In questa fase vengono analizzate per ogni area di competenza le capacità chiave disponibili a ricoprire il ruolo.

Step:
Analisi dei punti di forza personali
Analisi delle aree critiche
Analisi delle potenzialità inespresse
Analisi delle radici del proprio stile di management
Analisi dell'Ambiente
Metodologia:
Assessment per il bilancio delle risorse

- **Analisi e definizione del piano di sviluppo**

In questa fase viene analizzato il gap emerso dalla comparazione tra le risorse necessarie e le risorse disponibili e la conseguente definizione del piano di sviluppo.

Step:
Diagnosi delle barriere che ostacolano il conseguimento degli obiettivi
Analisi del gap evidenziato nella situazione attuale
Pianificazione delle azioni necessarie per lo sviluppo (azienda, gruppo, individuale)

Metodologia:
Misurazione del gap sulle risorse chiave

- **Progettazione dell'intervento formativo**

In questa fase vengono progettati *"ad hoc"* gli interventi formativi mirati a colmare il gap tra le risorse disponibili e le risorse necessarie.

Step:
Progettazione dell'intervento formativo

Metodologia:
Percorso formativo strutturato

---

[4] **http://www.colorstime.com/progettoaz.html**

- **Erogazione della formazione**

Formazione d'aula
Sperimentare in aula nuovi concetti e strumenti appresi,
Incontri di coaching di gruppo. percorso di accompagnamento e sostegno dei partecipanti agli obiettivi prefissati e supporto alle applicazioni sul campo

- **Feedback check e consolidamento dei risultati raggiunti: attività di coaching**

Il percorso si conclude con una verifica dei risultati ed un supporto fino al raggiungimento degli obiettivi

Feedback-check:
Il feedback-check è finalizzato alla verifica dei risultati dell'attività formativa e alla rivisitazione

RISULTATI ATTESI

Con "*un sistema di* ***valutazione delle competenze*** *per il personale di coordinamento"* il professionista viene aiutato da un équipe di esperti a conoscersi più a fondo possibile ed a mettere a punto un proprio progetto di sviluppo professionale, sulla base delle proprie competenze, attitudini e potenzialità, in sintonia ed in aderenza con la "*mission*" aziendale e professionale.
Tra i vantaggi per il Coordinatore Infermieristico, vi è quello di essere aiutato ad investire adeguatamente il proprio patrimonio di competenze, sentendosi motivato e realizzato attraverso il lavoro. Nel contempo, si possono identificare percorsi formativi mirati e coerenti con le esigenze dei singoli e dell'organizzazione.

Indicatori di esito

Se non ci si è preoccupati di definire un obiettivo misurabile è difficile fare una qualsiasi valutazione[29]
Indicatori da monitorare per le attività elencate

INDICATORE DI ESITO	PREVISIONE
Percorso formativo Analisi	
Adesione personale di coordinamento all'intervista semi-strutturata	100%
Schede compilate ***"analisi dei bisogni formativi"*** / totale schede somministrate	100%
"Percorso formativo"	
Percentuale adesione coordinatori all'evento formativo/ totale coordinatori infermieristici	100%
Schede compilate sulle skill formative / totale schede somministrate	100%
Numero giornate formative pianificate / Numero giornate effettivamente svolte	100%
Numero coordinatori presenti alla formazione in aula / totale coordinatori infermieristici	100%
Numero coordinatori presenti al coaching di gruppo / totale coordinatori infermieristici	100%
Percentuale assenso coordinatori infermieristici alla modalità didattica mista, (formazione d'aula abbinata a incontri di coaching di gruppo)/ totale coordinatori infermieristici	90%
Percentuale questionari ECM con valutazione efficace e molto efficace / totale partecipanti evento	90%
"Progetto cantiere"	
Numero incontri "gruppo di cantiere" svolti /Totale incontri pianificate	100%
SISTEMA di valutazione e BILANCIO delle competenze.	
Rispetto dei periodi concordati per la stesura del documento	100%
Percentuale assenso al documento **"SISTEMA di valutazione"** / totale coordinatori infermieristici	100%

[29] **Guilbert J.J.,** *Guida pedagogica per il personale sanitario,* Organizzazione Mondiale della Sanità (a cura di G. Palasciano e A.Lotti), 4ª ed. Edizione del Sud Bari 2001

Scheda	
Percentuale assenso alle competenze mappate / totale coordinatori infermieristici	100%
Percentuale assenso alla "pesatura" delle competenze mappate / totale coordinatori infermieristici	100%
Direzione aziendale	
Approvazione del sistema di valutazione entro il primo trimestre	
Adozione del sistema di valutazione entro il primo semestre	
Costi	
Spesa sostenuta / spesa concordata	100%

Cronogramma delle fasi di sviluppo
Allegato C
Matrice delle responsabilità
Allegato D

Discussione

La formazione manageriale destinata al miglioramento dell'area organizzativa e gestionale è una leva fondamentale per il consolidamento, la trasformazione e lo sviluppo delle realtà sanitarie.

Il piano della formazione con l'analisi dei bisogni formativi, la raccolta, la discussione e la redazione diviene uno dei momenti centrali. Si tratta di modellare gli eventi formativi sulle reali esigenze di sviluppo delle singole strutture, nonché sulla crescita conoscitiva ed organizzativa dei diversi professionisti coinvolti.

Un'Azienda attenta alla risorsa umana e al suo sviluppo fa, del momento formativo, uno dei punti centrali per il cambiamento, creando ed implementando momenti di confronto e di crescita; processo, questo, in linea con la riforma culturale ed organizzativa che sta vivendo il **ruolo infermieristico e, in modo specifico, l'area del coordinamento.** Diviene pertanto importante creare le condizioni per sostenere e sperimentare **la Valutazione e l'uso del Bilancio delle competenze,** in una modalità controllata e costante, che aiuti nel tempo a far acquisire il valore della propria autonomia decisionale. Si tratta di *change management* e di un nuovo stile di *governo*, dove cultura, valori, *leadership* e cambiamento sono fortemente legati fra loro.

La Valutazione e il Bilancio delle competenze devono essere quindi costruite su un vero e proprio sistema, organizzato e programmato, adatto alle specificità del ruolo e tale sistema necessita, pertanto, di essere formalizzato nell'ambito di ben definiti parametri, il più possibile misurabili: tanto più un parametro è misurabile e quantificabile, tanto maggiore sarà obiettivo e scevro da pericolosi elementi di arbitrarietà.

Per essere valido ed efficace, il sistema di valutazione deve essere caratterizzato da elevata trasparenza, deve essere conosciuto, discusso e, possibilmente, condiviso anticipatamente da tutti gli attori coinvolti, nonché fondato su elementi di riscontro il più possibile oggettivi e apprezzabili da parte di chi valuta, allo scopo precipuo di non "demotivare" i soggetti coinvolti.

Occorre ribadire che, per sua stessa definizione, l'attività valutativa implica l'assunzione di responsabilità e di rischi (tra cui quelli di non essere obiettiva e scientifica come postulata) che, al contrario, tradizionali "automatismi" quali l'anzianità di servizio, di sicuro non presentavano.

Il sistema valutativo deve scaturire da un processo maturato attraverso riflessioni sulla peculiarità dell'area di coordinamento infermieristico, sull'organizzazione e sui rapporti relazionali interni al contesto stesso.

In tal senso, il Dirigente dell'area professionale deve farsi attore del processo, senza delegare eccessivamente la gestione del sistema valutativo, rendendosi costantemente disponibile alla revisione e all'aggiornamento del sistema, al fine di adeguarlo al modificarsi delle esigenze, dell'organizzazione e del gruppo professionale.

Conclusione

L'Infermiere Coordinatore deve sviluppare la capacità di sapersi confrontare sempre più con uno scenario in costante evoluzione che lo vede non solo come risorsa strategica o tramite della strategia, ma come la strategia stessa: con competenze motivazioni e valori che rappresentano la risposta

organizzativa alla gestione delle risorse assegnate. I diversi *«sfondi situazionali»,* in continuo mutamento, implicano capacità di lettura e di decisione che oggi chiedono di integrare i contributi classici con quelli più recenti in tema di competenze, (conoscitivo - comportamentali ed organizzativo-gestionali) e di professionalità, **intese non solo come somma di capacità, ma come l'insieme integrato di competenze, comportamenti e valori**. Il concetto di professionalità diventa più ampio da una parte, più articolato dall'altra. Le dimensioni che la caratterizzano sono: il possesso integrato di conoscenze tecnico-specialistiche e metodi di applicazione (e quindi di conoscenze validate dall'esperienza); l'ambito di applicabilità a diversi livelli di complessità; l'interiorizzazione di valori professionali; gli atteggiamenti rispetto al proprio ruolo aziendale (e quindi di appartenenza); il livello di investimento sul proprio sviluppo (e quindi sul proprio progetto personale). Questo comporta l'affermazione del paradigma di transizione ***"da valutazione a valorizzazione"*:** i sistemi devono passare da un obiettivo di controllo-manutenzione delle performance ad un obiettivo di motivazione e sviluppo delle persone. C'è bisogno quindi di strumenti che misurino non solo l'output, ma anche il percorso e le modalità di conseguimento dell'*output,* valorizzando i contributi dei singoli con un sistema di bilancio ed analisi delle competenze che ci consenta di gestire politiche di formazione e di sviluppo della professione, in funzione di una vera e propria *gestione strategica della risorsa umana*.

BIBLIOGRAFIA

Articoli:

Antognini Paolo *"Fare Formazione in Sanità"* - Nursing Oggi, numero 1, 2003 ed. Lauri edizioni
Bottegoni Marina *Metodologia dell'analisi SWOT* (Strenghts - Weaknesses - Opportunities - Threats) - *Human Capital,* pag. 30 - EDK Editore 1/2006
Bruscaglione Massimo *Persone è il plurale di persona* - FOR Rivista per la Formazione n.73- anno 2007
Bruscaglioni Massimo " *Obiettivi e risultati dell'intervento formativo: che cosa valutare"* - FOR Rivista per la Formazione n. 63, Aprile-Giugno 2005 - ed. Franco Angeli
Bruscaglioni Massimo *"Obietivi e risultati dell'intervento formativo: che cosa valutare"* - FOR rivista per la formazione n. 63, Aprile - Giugno 2005 - ed. Franco Angeli
Conti T. "*Come costruire la Qualità Totale"* - De Sanitate NUOVO Studio Tecna, pag 61 n.6, Marzo '99 - ed. Sperling & Kupfer, 1992
Di Gironi Sergio, Paola Lunghi, Sheyla Rega *Coaching "one to one" e team coaching*" - FOR AIF n.66, Gennaio - Marzo 2006
Di Stanislao Francesco, Giuseppe Noto *"Patologie mentali dei sistemi organizzativi: la sindrome del populismo organizzativo e della concretezza illusoria"* - *MECOSAN (Univ. Bocconi),* Management ed Economia Sanitaria, N. 52 - Sez. 1ª - Saggi e ricerche, 2003
Ghena Stefano, Marta Scignaro *"L'autoritratto in formazione: uno strumento contro l'assuefazione a sé"* - FOR rivista per la formazione n. 62, Gennaio-Marzo 2005 – ed. Franco Angeli
Manara Duilio *"Un grimaldello per scardinare le nostre gabbie mentali: la filosofia dell'assistenza infermieristica"*- Nursing Oggi, numero 4, 2007
Prandi Franco *"Le culture della formazione in Sanità. Un'analisi storico-critica dei modelli di apprendimento nel sistema sanitario"* - FOR rivista per la formazione n.68, 2006 - ed. Franco Angeli
Recchioni Marco *"Verso un approccio multidisciplinare allo studio dell'apprendimento"* - FOR AIF n. 69, Ottobre-Dicembre 2006
Tony Nardi *"Risorse Umane" metodologia dell'analisi - Human Capital,* pag. 15 - EDK Editore 1/2006
Vardisio Roberto *"Un seme che non germoglia per una creatività sinecologica"* - FOR AIF n. 69, Ottobre-Dicembre 2006

Libri:

Andrei Leigh "*Decisioni Decisioni"* - ed. Franco Angeli /Trend ed. 2003, 2007
Aubrey Charles A. e Patricia K. Felkins *"Teamwork gruppi di miglioramento in azione"* -editoriale Itaca 1994, cap I pag. 65.
Bonechi Lucia e Piero De Risi *"Qualità e Sanità - la qualità nell'ospedale azienda"* – ed. Nuovo Studio Tecna, 1997
Del Pinto Emanuela *"Assessment center. Tecniche e strumenti per il valutatore"* - ed. Franco Angeli, 2004
Dilts Robert B. *"Leadership e visione creativa"*- Guerini e Associati 1998, cap. V pag 122
Gandini Tiziana "*Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento",* pag 46 – ed. Franco Angeli, 2005
Guilbert J.J. *"Guida pedagogica per il personale sanitario"* - Organizzazione Mondiale della Sanità (a cura di G. Palasciano e A.Lotti), 4ª ed. - Edizione del Sud Bari, 2001
Nietzsche Fiedrich "*Al di là del bene e del male*"
Nietzsche Fiedrich "*La Gaia Scienza"*- Die fröhliche Wissenschaft, 1887
Spencer Lyle M. e Signe M. Spencer *"Competenza nel lavoro. Modelli per una performance superiore"* , pag. 30 - 3ª ristampa 2007, 6ª edizione, 2003
Stewart Thomas A. *"La ricchezza del sapere"* - ed. Ponte alle Grazie, Maggio 2002, Cap.V pag 43
Tè Ching Tao, *"Il libro della Via e della Virtù"* - ed. Adelphi, 1973.
Vignati Eugenio, Paolo Bruno *"Tecniche di management sanitario"* - ed. F. Angeli,'04, pag 124

Articoli internet:

[1] **Borgonovi E.** *"Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche",* Egea, 2002
http://www.filodiretto.cpm/diritto/pubblico/amministrativo/valutazionedirigenzaaslrusso.htm

[2] **ISMO** *Appunti sull'organizzazione AA 04-05* http://www.facli.unibo.it/NR/rdonlyres/ 3FA8 CBAC-2099-485C-849A- DECB9435284/32366/DispensaOrganizzazione2005.pdf

[3] **Tecnica DELFI** http://www.irpps.cnr.it/sito/download/quad_delphi.pdf

[4] http://www.colorstime.com/progettoaz.html

Gazzetta Ufficiale - Bollettino Ufficiale della Regione Marche - CCNL

Gazzetta Ufficiale *n. 40 del 17 febbraio 2006 Legge 1 febbraio 2006, n. 43 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"*

BUR Regione Marche n. 1578 del 2007 *"linee guida alle Aziende Sanitarie, Ospedaliere INRCA ed ARPAM per la gestione delle attività di formazione"*

CCNL *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per il personale del comparto del servizio sanitario nazionale, quadriennio normativo 2006-2009*

Regione Marche Asur[30] ***tratto dalla proposta***
Regolamento Dipartimento delle Professioni Sanitarie

[30] **L'Azienda Sanitaria Unica Regionale** (ASUR), *istituita con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003*

Allegato A

IL RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Gestisce le risorse materiali e professionali, punto di riferimento del cittadino - utente e degli operatori dell'assistenza, al fine di garantirne la soddisfazione.

Coordina l'attività clinico - assistenziale, sviluppando e consolidando la buona pratica organizzativa e la buona pratica professionale, attraverso l'utilizzo di modelli organizzativi centrati sulla persona e l'uso di metodologie di pianificazione dell'assistenza, per garantire cure appropriate e sicure.

Garantisce la continuità assistenziale attraverso dimissioni sicure, sviluppa il sistema informativo e la ricerca, per un appropriato processo assistenziale, in una logica integrata "di équipe professionale e inter - professionale", nell'ambito delle finalità del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Aree di Responsabilità:

- assicura una gestione delle risorse professionali che ne promuova e valorizzi il ruolo;
- assicura i livelli di assistenza in relazione alle risorse umane impiegate ed ai livelli di domanda assistenziale;
- programma, organizza, gestisce e valuta i piani di lavoro delle diverse figure coinvolte nel processo assistenziale in relazione agli obiettivi definiti ed alle risorse assegnate;
- valuta la qualità dell'assistenza infermieristica ed alberghiera attraverso idonei strumenti;
- programma, organizza, gestisce e valuta i turni di servizio del personale assegnato;
- programma e coordina la rotazione e l'avvicendamento nelle posizioni del personale;
- gestisce e valuta l'inserimento del personale neoassunto;
- individua e promuove i sistemi premianti del personale coinvolgendolo nella realizzazione di obiettivi dati, favorendo la coesione del gruppo e lo sviluppo del senso di appartenenza;
- valuta l'applicazione ed il rispetto delle norme comportamentali e disciplinari e l'omogenea applicazione delle regole proprie dell'Unità Operativa;
- assicura la tempestiva segnalazione di eventuali violazioni delle norme comportamentali e disciplinari;
- assicura la programmazione, l'organizzazione e la valutazione del fabbisogno in ordine ad approvvigionamenti di materiali e servizi;
- assicura la gestione corretta delle scorte dei singoli prodotti;
- gestisce i rapporti con servizi di supporto al fine di assicurare idonei livelli in ordine agli interventi di manutenzione e di controllo delle apparecchiature;
- gestisce e valuta i servizi in gestione appaltata;
- assicura, in collaborazione con il tutor, la gestione e valutazione delle attività di tirocinio;
- identifica con il Coordinatore di Dipartimento ed in collaborazione con il Direttore di U.O. il fabbisogno formativo del personale assegnato;
- assicura, in collaborazione con il Coordinatore di Dipartimento, l'applicazione delle linee di indirizzo aziendali per la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi;
- assicura, in collaborazione con il Coordinatore di Dipartimento, l'individuazione, la gestione e la valutazione dei progetti di miglioramento specifici di Unità Organizzativa - Servizio;
- collabora con il Coordinatore di Dipartimento, al fine di raggiungere l'integrazione con le unità organizzative del Dipartimento;
- assicura il fabbisogno informativo, in collaborazione con il Coordinatore di Dipartimento, in area assistenziale, nella gestione dei sistemi di reporting sui temi individuati come prioritari nella gestione del rischio assistenziale, sia in area gestionale;
- collabora nel garantire la programmazione e discussione del budget per la gestione delle risorse umane e materiali per quanto di sua competenza, in collaborazione con il Direttore di U.O. ed il Coordinatore di Dipartimento;

- assicura la diffusione delle informazioni nell'Unità Organizzativa/Servizio, per l'ambito di propria pertinenza;
- assicura la fruizione, come preposto alla sicurezza, in collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Protezione, per la parte di propria competenza;
- presidia la verifica del rispetto del trattamento dei dati personali (privacy), per la parte di propria competenza;
- garantisce inoltre, per l'area di competenza, tutte le funzioni precedentemente non specificate.

Allegato B

Proposta rielaborata delle "Liste di capacità di Pfeiffer"☑ integrate dalle competenze generiche di Levati e Saraò☒[31] [32]

CAPACITÀ	COMPORTAMENTI	
Capacità di comunicare	Essere chiari Mantenersi aderenti al tema Ascoltare con attenzione	☑
Capacità di risolvere i problemi e prendere decisioni	Individuare il problema e l'obiettivo Formulare criteri di soluzione Procurarsi dati ed informazioni utili	☑
Capacità di pianificare e programmare	Stabilire con chiarezza mete e traguardi Prevedere ostacoli ed interferenze Formulare piani alternativi per imprevisti	☑
Capacità di gestire problemi di persone	Definire con chiarezza profili di compiti Condurre colloqui in un clima imparziale e di apertura Valutare le prestazioni rispetto agli standard	☑
Capacità organizzative	Definire con chiarezza i flussi di lavoro Promuovere riunioni opportunamente Delegare compiti ed iniziative	☑
Capacità di interagire in gruppo	Proporre idee Stimolare l'ascolto e la partecipazione di tutti alle riunioni Riconoscere tensioni e conflitti nel gruppo	☑
Capacità di agevolazione e sostegno nel relazioni di lavoro	Dichiarare apertamente apprezzamenti e approvazioni Favorire opportunità di crescita e sviluppo dei collaboratori Ricercare imparzialità ed equità nelle relazioni coi collaboratori	☑
Capacità personali riferite a sé	Essere creativi Essere disponibili ad apprendere dall'esperienza Affrontare ed accettare il cambiamento	☑
Capacità di scegliere e decidere tra alternative	Gestione dell'ansia Sintesi e problem solving operativo Visione dell'insieme	☒
Capacità di mantenere contatti interfunzionali interni	Costruzione e gestione di relazioni Adattabilità relazionale Intelligenza sociale Meta comunicazione Flessibilità di pensiero Visoni d'insieme	☒
Capacità di selezionare i dati significativi in un insieme dato	Sintesi problem solving operativo Visione dell'insieme Flessibilità di pensiero	☒
Capacità di guidare delegare e sviluppare risorse umane	Leadership Visione d'insieme	☒

[31] **Tiziana Gandini** *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità. Una proposta metodologica per definire le competenze dell'infermiere con funzioni di coordinamento* ,pag 32-35 – ed. Franco Angeli, 2005

Capacità di adattare soluzioni a contesti diversi	Flessibilità di pensiero Innovazione	☒
Capacità di prevedere e predisporre adattanti al cambiamento	Flessibilità di pensiero Visone d'insieme Sintesi problem solving operativo Innovazione	☒
Capacità di pianificare ed organizzare le attività proprie ed altrui	Visone d'insieme Analisi problem solving complesso Gestione dell'ansia	☒

Cronogramma delle fasi di sviluppo

Allegato C

Matrice delle responsabilità

Allegato D

Allegato C

GANTT Cronogramma delle fasi di sviluppo

Periodo	**I° trimestre**				**II° trimestre**			**III° trimestre**			**IV° trimestre**		
Periodo / **mese**	**Dic.**	**Gen**	**Feb**	**Mar**	**Apr**	**Mag**	**Giu**	**Lug**	**Ago**	**Set**	**Ott**	**Nov**	**Dic**
Attività													
Identificazione attività formative Piano della formazione													
Pdca Incontro *(triangolo negoziale: formatore fruitore committente* definire il percorso teorico-pratico e analisi dettagliata dei BISOGNI FORMATIVI [SWOT]													
Pdca Pianificazione interventi formativi - organizzativi													
Pdca Formazione d'aula (metodo esperienziale, partecipativo)													
Pdca Periodo di applicazione coaching [SWOT]													
Pdca Valutazione e rivalutazione dei processi, definizione incontri gruppo di cantiere[SWOT]													
Pdca Stesura e formalizzazione valutazione dell'effettivo e la valutazione del potenziale [SWOT]													
Pdca Direzione e standardizzazione[SWOT]													

Allegato D

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Funzioni / Attività	Direzione	U.O. Formazione ed Agg.to Professionale	Servizio Infermieristico	CPSE Inf.	Agenzia Formativa
PIANO DELLA FORMAZIONE (CCNL)	R	R	C		
RICHIESTA E FORMALIZZAZIONE EVENTO		R	R	R	
GESTIONE ECONOMICA	R	R	C		
PROGETTAZIONE PIANIFICAZIONE ATTIVAZIONE E VERIFICA EVENTO FORMATIVO		R	R	C	R
GESTIONE EVENTO FORMATIVO		R	R		R
STESURA DOCUMENTO *VALUTAZIONE E BILANCIO DELLE COMPETENZE* PERSONALE DI COORDINAMENTO		C	R	R	R
VALUTAZIONE DEL DOCUMENTO	R	R	R		

R= Responsabile C= Co-Responsabile

L'IMPORTANZA DELLA SCRITTURA PROFESSIONALE NEL SOCIOSANITARIO

LORETTA BONIFAZI
Assistente Sociale Specialista, tirocinante Centro Studi e Documentazione ASUR Zona 7, Ancona

STEFANO GIULIODORO
Educatore Professionale, coordinatore Centro Studi e Documentazione ASUR Zona 7, Ancona e tutor didattico Università Politecnica, Facoltà Medicina C.d.L. "Educatore Professionale", Ancona.

BARBARA GIACCONI
Assistente Sociale Specialista, Servizi Sociali Comune di Falconara M. (AN) e docente a contratto presso l'Università "Carlo Bo", C.d.L. "Servizio Sociale", Urbino.

PRIMI PASSI

Mai come in questo ultimo decennio la documentazione professionale è stata riconosciuta come uno strumento irrinunciabile nel lavoro dell'operatore socio-sanitario; l'articolarsi delle funzioni del servizio socio-sanitario a fronte della crescente complessità della realtà sociale richiede l'acquisizione di capacità sempre più elevate di gestione di informazioni, notizie e dati da parte di tutti i professionisti. Non solo, la normativa relativa alla trasparenza amministrativa ha "costretto" gli operatori e le rispettive amministrazioni di appartenenza a porre una maggior attenzione alla qualità della documentazione anche per rispondere correttamente alle richieste che legittimamente possono giungere da parte dei cittadini[33].

La documentazione è sempre legata all'obiettivo di accrescere le informazioni sia negli altri che in noi stessi. L'importanza fondamentale della capacità di scrivere, di documentarsi, nell'attività professionale dell'assistente sociale e dell'educatore professionale, nasce dal fatto che entrambi, spesso, sono funzionari di una organizzazione amministrativa per lo più di natura pubblica.

Per amministrazione si intende in senso soggettivo l'organizzazione che svolge l'attività amministrativa, cioè la sede entro la quale si esplica l'attività di amministrare. In riferimento al servizio sociale si deve intendere l'ufficio di servizio sociale o dei servizi sociali che, all'interno di una organizzazione amministrativa più complessa, si occupa dell'espletamento delle funzioni tipiche del servizio sociale. In senso oggettivo, invece, si intende l'insieme delle prestazioni, delle attività che di fatto esplicano coloro che operano entro un'organizzazione amministrativa, cioè l'attività amministrativa. Quindi alla fine l'amministrazione è l'insieme dei servizi e delle persone che li esplicano secondo un determinato schema o modello organizzativo individuabile[34].

Oggi pubblicare è l'obiettivo più importante per il mondo accademico e per tutte le professioni!

Infatti, dal punto di vista strettamente professionale, gli effetti più evidenti che una pubblicazione può comportare, sono riscontrabili in una più forte coscienza della propria identità professionale, oltre a una maggiore autorevolezza e più diffusa riconoscibilità, derivanti dal contributo offerto alla costruzione di un corpus globale pubblico di conoscenza professionale.

Di fondamentale importanza sono gli effetti sulla categoria professionale che la pubblicazione può avere. La necessità di accrescere il valore scientifico della disciplina e, contemporaneamente, della stessa professione, trova nella pratica della scrittura un tramite fondamentale. Acquisiti alcuni fondamentali passaggi di riconoscimento giuridico-istituzionale della professione, spetta, infatti, oggi al corpo vivo della categoria supportare con atti concreti la rivendicazione di scientificità della disciplina. Il diffondersi della prassi di scrivere e pubblicare, e della cultura cui soggiace, potrebbe costituire uno degli elementi più utili in tale direzione.

---

[33] FIAMBERTI C., *La documentazione professionale dall'autoriflessione alla progettualità*, in La Rivista di Servizio Sociale, n. 2, 2006, p. 3 s.

[34] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, 1987, p. 175 s.

Indispensabile quindi è mantenere un'elevata valorizzazione del sapere pratico, facendo riferimento alle esperienze sviluppate nella quotidianità del lavoro, soffermandosi sui modi attraverso cui queste esperienze possono essere rese visibili e trasmissibili e si possa rafforzare la connessione tra teoria, conoscenza e pratica, mantenendo una costante circolarità tra i diversi livelli[35].

La prima buona regola per pubblicare un articolo scientifico è leggere le riviste specialistiche del proprio campo professionale, è altresì necessario conoscere la rivista, basterà infatti sfogliarne alcuni numeri per capire se l'argomento del proprio lavoro potrà essere di interesse per la testata che si è scelto, che tipo di "taglio" dovrebbe avere l'articolo, e quale sezione della rivista sarebbe più adatta per ospitarlo[36].

Quando si scrive si deve tener conto di alcuni elementi chiari[37]:

- cosa si vuol dire (ci sono vari tipi di scritti come i modelli teorici, un articolo su una ricerca, un commento su un argomento, una riflessione su una pratica di lavoro …)[38];
- perché si deve dirlo in quanto il pezzo che si scrive deriva da un'esperienza, da un vissuto professionale o personale, e bisogna contestualizzare sia la propria posizione che quanto viene scritto;
- a chi si vuole dirlo ossia pensare ai destinatari della comunicazione (ad esempio se si scrive per i politici bisogna essere coscienti che magari non sanno bene chi sono e cosa fanno l'assistente sociale e l'educatore professionale, è quindi necessario esplicitare alcuni passaggi, inoltre risulta rilevante anche scrivere brevi articoli sui giornali per meglio comunicare con il grande pubblico)[39;]

ci si deve anche porre il problema della responsabilità professionale dei dati trasmessi, sia in relazione al principio della riservatezza per la tutela dell'utente sia in relazione al risultato che si vuole ottenere[40;]

- come doverlo dire in questo senso si segnala al futuro scrittore la presenza di linee guida alla fine della rivista specializzata che dovranno essere rispettare, a partire dalla lunghezza del testo e, in assenza di queste, si consiglia di non superare le 5-6.000 parole ed i 35-40.000 caratteri. A volte le indicazioni su questo sono molto restrittive;
- dove dirlo che si riferisce alla stampa professionale (a libri, riviste e giornali scientifici), ai report governativi e riviste interdisciplinari, oppure ai giornali e riviste non professionali.

Sostanziale tuttavia è tenere conto sia dello stile della scrittura se informale versus accademico, personale versus impersonale[41], sintetico versus articolato; sia della struttura che dovrà avere al suo interno l'introduzione (che ha come obiettivo quello di orientare e stimolare il lettore accennando a quale domanda s'intende rispondere, quale è lo scopo del lavoro, non anticipando però dati o conclusioni); il contenuto (2-3 argomenti); lo sviluppo dell'argomento principale; e infine le conclusioni[42.]

Essenziale è il linguaggio che deve essere semplice ma non sciatto, corretto ma non ricercato, scientifico ma non eccessivamente tecnico, professionale ma non freddo, distaccato o noioso. Per attirare l'attenzione dell'interlocutore occorre rendere lo scritto visivamente allettante, con sottolineature, paragrafi brevi, frasi concise, capoversi numerati, copertine, indici, presentazioni e altri accorgimenti grafici che possono rendere facile e piacevole la lettura. Ognuno conosce l'effetto negativo che produce il dover affrontare un'intera pagina neutra, senza capoversi e sottolineature che

---

[35] MERLINI F., BERTOTTI T., *Scrivere nel lavoro sociale*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2, 2009, p. 5.

[36] DE FIORE L., *Il contesto della comunicazione: autori, editori, lettori*, in DE CASTRO P., GUIDA S., SAGONE B.M., (a cura di) *Diciamolo chiaramente,* 2004, p. 56.

[37] LYONS K., *European Platform for Worldwide Social Work*, materiali presentati al II° meeting annuale, 2006.

[38] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.*, p. 186 s., in base all'obiettivo si farà una scelta delle informazioni necessarie da trasmettere.

[39] LYONS K., *European Platform for Worldwide Social Work*, materiali presentati al II° meeting annuale, 2006.

[40] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.*, p. 187 s., basti pensare alla difficoltà di fare una relazione al giudice su un caso di affidamento, si devono *pesare* le parole cercando di scegliere quelle che hanno significati chiari, che non suscitano perplessità o incertezza, si deve rispettare la verità, però anche tutelare la riservatezza, si deve tener conto dell'obiettivo, sia educativo che tale relazione può avere per l'utente, sia decisionale che deve avere per il giudice a cui spetta stabilire se l'affidamento può o non può continuare.

[41] Lo sforzo da fare è quello di dare al proprio stile un giusto equilibrio fra il distacco professionale (quindi senza riferimenti personali, né frasi in prima persona o parole tipiche del linguaggio parlato) e un modo umano e personale di comunicare, tenendo conto del proprio ruolo di funzionario di un'organizzazione amministrativa di solito pubblica.

[42] Ricci E., Pedretti R., Parazzini F., Come scrivere un articolo scientifico, in Ricerca e Pratica, n. 4, 1996, p. 160 ss.

possano facilitarne la lettura. Quindi anche la forma grafica ha la sua importanza e non deve essere trascurata[43].

A questo punto è doverosa un'avvertenza: la documentazione e la scaletta della struttura sono elementi necessari ma non sufficienti, infatti elemento imprescindibile di un articolo innovativo è l'invenzione (non stupisca l'uso di questo termine riferito a un contesto scientifico), si pensi all'invenzione nel senso etimologico di invenire che in latino significa "trovare".

Proprio perché scrivere non è trascrive, la scrittura di taglio specialistico non deve temere le vie dell'invenzione, intesa soprattutto come riflessione personale sui risultati tecnici. Detto questo però si è della convinzione che se la scrittura creativa può prevedere ambiguità di forma e di stile, quella di testi scientifici deve assolutamente essere improntata alla massima linearità e semplicità, aiutandosi con un buon vocabolario e un buon dizionario sociale aggiornato, ai quali ricorrere senza esitazioni[44].

Altri elementi imprescindibili quando si prepara un articolo scientifico sono l'abstract (ossia una breve riassunto di 300-400 parole perché spesso viene tradotto in varie lingue, che ha la funzione di essere informativo, descrittivo o una miscellanea di entrambi), è una delle parti più consultate di un articolo, inserito prima del testo, permette al lettore di comprendere subito il contenuto, entrando così nel vivo dell'argomento trattato. In questa parte più che in ogni altra si raccomanda di utilizzare frasi brevi e semplici, ciascuna riferita a un singolo argomento tra quanti considerati nel testo; le parole chiave (non sono necessariamente quelle del titolo, ma devono essere simili ed esprimere le caratteristiche dell'articolo); il titolo (breve, lasciando spazio alla fantasia, si consiglia d'iniziare con un termine importante in quanto è il "biglietto da visita" del lavoro, dovrà essere originale e accattivante per attirare l'attenzione); il sottotitolo (che ha la funzione di rinforzare il titolo e di dare un'idea del contenuto, esso condivide con l'abstract il 'ruolo' di acchiappalettore); infine i riferimenti bibliografici (ossia nome e cognome dell'autore, titolo dell'opera, data e luogo di pubblicazione).

In sintesi per scrivere un articolo è necessario in primis pensare agli obiettivi e a chi è rivolto l'articolo, successivamente vedere quali sono le linee-guida della casa editrice alle quali conformarsi, valutando che tipo di articoli vengono pubblicati dalle stesse, e non dimenticare mai di aggiungere la bibliografia - sitografia.

Come si diceva poco sopra al riguardo di dove poter rivolgere il proprio lavoro scientifico si segnala che oltre alla grande risorsa delle riviste specializzate, vi è la possibilità di scrivere libri e per fare ciò è necessario presentare una proposta alla casa editrice (titolo, argomento, numero delle parole, ecc.), raccogliere il materiale non appena si decide di scrivere qualcosa e infine definire una bozza di indice. Può essere altresì utile invitare i colleghi a fare un commento sulla bozza, in genere si temono i commenti e le critiche ma in realtà sono un modo molto costruttivo per migliorare lo studio.

ALCUNE DEFINIZIONI

Si tiene a precisare la differenza tra documentazione e documento. Per documentazione[45] si intende il complesso delle attività e delle operazioni per raccogliere e classificare materiale bibliografico, informativo, dimostrativo, ed e anche l'insieme dei documenti prescritti per la costituzione di una pratica burocratica o amministrativa; mentre il documento è la scrittura atta a fornire una prova o

---

[43] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.*, p. 187 s., l'A. individua anche un altro elemento imprescindibile quando si procede con la documentazione professionale che è l'avere uno *schema*, una scaletta dei temi da affrontare, nell'ambito della quale raccogliere tutti i dati e le argomentazioni ad essi pertinenti. È necessario infatti scrivere in modo sistematico e organico; non è positivo ritornare più volte sull'argomento in paragrafi successivi o riportare i dati in ordine sparso senza un loro raggruppamento logico. Molte volte la mancanza di sistematicità rende una documentazione inefficace perché non raggiunge lo scopo di convincere l'interlocutore richiamando di volta in volta la sua attenzione su aspetti particolari ben corredati di dati oggettivi e di argomentazioni precise ad essi pertinenti. La dispersione dei dati e degli argomenti produce anche dispersione nell'attenzione di chi legge e gli rende difficile cogliere il centro dei problemi e lasciarsi convincere.

[44] SAGONE B.M., *Come scrivere un testo medico-scientifico*, in DE CASTRO P., GUIDA S., SAGONE B.M., (a cura di) *Diciamolo chiaramente*, *op. cit.,* p. 86 ss.

[45] DEVOTO G., OLI G.C., voce *Documentazione*, in *Dizionario della lingua italiana*, 1990.

convalida in ambito burocratico, amministrativo, giuridico; qualsiasi oggetto utilizzabile a fini di consultazione, ricerca, informazione[46].

Mentre per documentazione professionale si intende la raccolta organica, relazionale e completa delle informazioni di tipo clinico, conoscitivo, orientativo, normativo ed operativo, utili ed utilizzabili per lo svolgimento e la rappresentazione delle attività professionali[47].

Essa offre un supporto indispensabile alla progettazione e alla comunicazione degli interventi. Da un lato, infatti, è uno strumento che rende oggettivabile l'operato del servizio, dall'altro offre una maggiore possibilità di riflessione; dunque diviene anche testimonianza della qualità del servizio, oltre che del sapere, e del saper fare, degli operatori. Inoltre, facilita la continuità dell'intervento, la comunicazione all'esterno delle attività svolte, anche ai fini statistici, e infine l'ottenimento delle prestazioni dovute all'utenza dall'amministrazione centrale[48].

La documentazione professionale costituisce, altresì, uno strumento nel lavoro socio-sanitario e nel contempo un atto dovuto verso l'amministrazione pubblica; essa, manifesta l'immagine e la realtà della professione nel momento storico che viene considerato, attraverso le modalità con cui viene realizzata, e può costituire la base per una riflessione su di sé da parte dell'assistente sociale[49] e dell'educatore professionale[50].

Per gli operatori sociali, registrare una cartella diviene in primo luogo una necessità: nella confusione legata alla gestione di una situazione complessa, l'ansia del fare tipica del lavoro socio-sanitario rischia di sommergere aspetti che la scrittura consentirebbe di mettere a fuoco. L'operatore scrive per poter disporre di uno specchio (bisogno riflessivo) e di un argine (bisogno contenitivo) per poter affrontare nella realtà quotidiana situazioni complesse, anche perché emotivamente coinvolgenti.

Alcuni non avvertono questa necessità; per molte persone scrivere rimane, nell'intera loro biografia, un'attività importante ma prevalentemente connessa ad un obbligo ("lo faccio per lavoro o per studio"). In questi casi si scrive allora perché "si deve" (per rigore professionale) oppure per poter disporre di un supporto mnestico (la memoria dell'intervento), o per finalità comunicative (la relazione per esempio). Alcuni assistenti sociali ed educatori professionali soddisfano l'esigenza di riflessività attraverso altre modalità (supervisioni, confronti gruppali, confronti con la casistica seguita nel corso del tempo..). Il bisogno riflessivo trova dunque altri canali oppure si ergono difese che lo saturano (chiusure, adattamenti a routine, disinvestimenti..)[51].

L'assistente sociale[52] e l'educatore professionale[53] hanno un duplice rapporto nei confronti della documentazione, essi infatti, sono sia fruitori che produttori.

Nel corso della propria attività, tali professionisti entrano in contatto con numerose informazioni riguardanti i problemi, le risorse ed i fenomeni sociosanitari; e questi dati informativi ovviamente

---

[46] DEVOTO G., OLI G.C., voce *Documento*, in *Dizionario della lingua italiana*, 1990.

[47] BARTOLOMEI A., PASSERA A.L., *L'assistente sociale. Manuale di Servizio Sociale professionale*, 2005, *passim.*

[48] TIBERIO A., FORTUNA F., voce *Documentazione*, in *Dizionario del sociale*, 2001, p. 197.

[49] FERRARIO F., *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, 2005, p. 215 s.

[50] FORTIN D., *Educatore professionale, tra ruolo e modo di essere*, in La Professione Sociale, n. 1, 2009, p. 57 ss. L'educatore professionale svolge interventi mirati rivolti ai singoli, ai gruppi, alle famiglie ed al contesto territoriale, nell'ambito delle istituzioni e dei servizi sociali, sanitari ed educativi pubblici e del privato sociale. Anzitutto è un professionista concreto che, facendo proprie metodologie centrate sulla relazione interpersonale, svolge funzioni a carattere educativo e promozionale nell'area socio-assistenziale e sanitaria.

[51] FIAMBERTI C., *La documentazione professionale dall'autoriflessione alla progettualità*, in La Rivista di Servizio Sociale, n. 2, 2006, p. 6.

[52] FACCHINI C., *L'attività lavorativa: ruolo dell'organizzazione e centralità dell'utenza,* in FACCHINI C., (a cura di) *Tra impegno e professione*, 2010, p. 170 s. L'attività più impegnativa per l'assistente sociale è costituita dal lavoro diretto con e per gli utenti. Molto distaccati invece, risultano essere i tempi utilizzati per attività quali il lavoro amministrativo e di documentazione, il lavoro di rete e di comunità e le attività proprie del segretariato sociale.

[53] CRISAFULLI F., *Il progetto "Core competence" dell'educatore professionale*, in CRISAFULLI F., MOLTENI L., PAOLETTI L., SCARPA P.N., SAMBUGARO L., GIULIODORO S., (a cura di) *Il "core competence" dell'educatore professionale. Linee d'indirizzo per la formazione*, 2010, p. 30 s. Il D.M. della Sanità 8 ottobre 1998, n. 520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'art. 6, co. 3 del d.lvo 30 dicembre 1992, n. 502" è veramente un buon documento che chiarisce, seppur in maniera comprensibilmente sintetica, il contesto e il campo d'azione nel quale operano gli educatori professionali italiani. Nel primo articolo, chiarisce inoltre che "l'educatore professionale è una figura sociale e sanitaria", prefigurando già il futuro dell'integrazione tra i servizi sanitari e sociali del nostro paese che in questi ultimi anni si sta fortemente potenziando.

derivano dal lavoro con i casi, dall'attività di studio, dai rapporti istituzionali, dalle interazioni con le risorse e con i soggetti rappresentativi e, in generale, dai diversi processi comunicativi attivati quotidianamente.

Ma il problema principale della documentazione, sebbene valutata utile, è che spesso è trascurata, e questo provoca non pochi danni alla professionalità dell'intervento[54].

Ma i fattori fondamentali che la rendono una risorsa, oltre che uno strumento indispensabile del lavoro, sono rappresentati dal tempo e dal pensiero, nel senso che non basta prevedere un sistema di schede e cartelle per far fruttare la documentazione, ma occorre definire preventivamente dei tempi per la raccolta dei materiali, per la revisione e per l'utilizzo, come congiuntamente è la riflessione che si sviluppa sulla documentazione, l'uso pensato che viene fatto dei dati che rende pregiata e utile l'operazione della loro raccolta. In questa direzione non è tanto rilevante il come si raccoglie il dato, anche se chiaramente le modalità adottate non sono ininfluenti, quanto invece l'investimento di tempo, la riflessione e il continuo interrogarsi sulle iniziative che si adotteranno in rapporto ai dati, ai soggetti cui se ne darà notizia[55].

LA SCRITTURA TRA PROFESSIONE E MANDATO

Le professioni di aiuto hanno una funzione molto importante che è quella di connessione tra studio-ricerca-valutazione-azione, a indicare il superamento sia di un lavoro "caso per caso", sia di un'impostazione adempitiva di compiti fissati dalla normativa, ma in un'ottica di operatore-ricercatore che applica ma anche elabora saperi, intreccia competenze e abilità scientificamente fondate con spinte creative e capacità negoziali. Per questa funzione sono richieste particolari abilità nell'alternare processi cognitivi di particolarizzazione e di generalizzazione "…a seconda del problema da risolvere, il professionista socio-sanitario deve alternare continuamente lavoro con individui e gruppi a lavoro di organizzazione e amministrazione dei servizi, assumendo le conoscenze necessarie per operare di volta in volta scelte senza binari precostituiti. L'alternanza e l'interrelazione dei due processi cognitivi, individualizzante e generalizzante, e il contemporaneo uso di sistemi interpretativi diversi, comporta particolari difficoltà e richiede specifiche abilità"[56].

Si propone una suddivisione della documentazione rispetto agli obiettivi fatta essenzialmente a fini didattici perché nella realtà non sempre è facile distinguere fra le diverse tipologie di documentazione.

Si ha una documentazione generale, una operativa, una tecnica e professionale e infine una documentazione per l'informazione di terzi.

Documentazione generale, che riguarda le informazioni da raccogliere e da trasmettere su aspetti generali del proprio lavoro (studi sui problemi dei quali si occupa l'ente, leggi, rendiconti sul lavoro svolto o i problemi affrontati, esperienze condotte in altre realtà, ecc…). tale documentazione serve soprattutto all'operatore per vedere e per svolgere il proprio lavoro nel contesto di orientamenti più generali di tipo sia normativo che culturale.

La documentazione operativa che si riferisce alla documentazione necessaria a mandare avanti giorno per giorno il proprio lavoro (documentazione di esercizio) attraverso l'espletamento di attività amministrative (soprattutto in relazione al lavoro con l'utenza) nell'ambito delle direttive dell'ente, dei regolamenti, delle leggi (delibere, relazioni, verbali), e alla documentazione necessaria per prendere decisioni relative agli orientamenti programmatici da dare all'ente, e pertanto anche al proprio lavoro (documentazione di governo), la quale si estrinseca nel fornire agli organismi decisionali dell'ente i dati e le informazioni che permettano di prendere decisioni (dati di ricerche, rendiconti di attività, progetti e

---

[54] CASTELLO I., DEL VIVO R., *L'applicazione del problem solving nel servizio sociale*, 1995, p. 33 ss. Anche le ricerche sono preziosi strumenti conoscitivi messe in atto dall'operatore sociale per conoscere, (entità di fenomeni, diffusione di bisogni, tipologia dei bisogni, risorse, ecc…) onde rendere fattibili, gli interventi, i progetti, messi in atto per rispondere ai bisogni o per progettare delle risorse. In questo caso si evidenzia oggi l'imprescindibile utilizzo del computer nella documentazione, infatti, il suo uso intelligente, consente una più rapida ed efficace raccolta di dati, un collegamento degli stessi e complessivamente permette di analizzare e razionalizzare le informazioni. Vas precisato tuttavia che tale uso intelligente significa nel pieno rispetto del segreto professionale e della legge sulla privacy, evitando di produrre e lasciare all'attenzione di tutti, i nominativi e i problemi dei singoli clienti.

[55] FERRARIO F., *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, *op. cit.*, p. 216 s.

[56] OSSICINI CIOLFI T., *L'assistente sociale ieri, oggi e domani*, in La Rivista di Servizio Sociale, n. 2, 1980, p. 87 ss.

proposte, ecc…); si collocano in questo ambito le documentazioni che si ricavano dall'informazione di un sistema informativo ai vari livelli della struttura organizzativa.

La documentazione tecnica e professionale è quella che serve a svolgere il proprio lavoro nel modo più corretto e funzionale facendo memoria dell'azione che svolge nei confronti dell'utenza (individui, gruppi, famiglie, comunità), al fine di impostare un processo di aiuto in modo coerente e sistematico, evitando di ricorrere ai ricordi e alle impressioni, ma basandosi su dati oggettivi (diario del caso, relazioni, cartelle, ecc…), di riflettere sul proprio lavoro in modo da migliorarne la qualità, di farne oggetto di riflessione e di insegnamento (per funzioni di supervisione di docenza servono soprattutto le registrazioni, il diario del caso, le relazioni) per contribuire allo sviluppo teorico e metodologico della professione attraverso una riflessione e una diffusione di documentazioni sulla pratica professionale coma base per la teorizzazione.

Infine la documentazione per l'informazione di terzi che serve per inviare informazioni al di fuori dell'ente, per esempio per informare la popolazione o l'opinione pubblica sui problemi relativi al territorio cui la popolazione fa riferimento, o sui servizi di cui l'ente dispone. Rientrano in questa prospettiva gli avvisi alla popolazione, i manifesti, le locandine, i notiziari, i fogli informativi, agli articoli nei giornali locali, ecc…[57]

IL RUOLO DELLA DOCUMENTAZIONE

E' proprio attraverso la documentazione che l'operatore socio-sanitario può esprimere il proprio "stile" inteso come il proprio modo di intessere forme e contenuti del suo lavoro, uno sguardo peculiare (specificamente personale e insieme professionale) sulle realtà sociali, un modo di costruire relazioni, di proporsi nei contesti, di "mettersi in rete"[58.]

La documentazione socio-sanitaria come si diceva anche poco sopra, risponde a due esigenze nell'azione professionale amministrativa, il lavoro svolto è testimoniato attraverso atti e procedure vigenti, precisa il mandato, la posizione dell'operatore, la sua responsabilità; e professionale che consente il controllo del processo di aiuto nelle varie fasi ma anche la possibilità di innescare il processo teoria-prassi-teoria.

Sul ruolo della documentazione[59,] integrata con riflessioni di altri autori, emergono le seguenti considerazioni da parte degli operatori sull'utilità della stessa nelle diverse dimensioni del proprio mandato istituzionale.

Utilità per l'operatore: la prassi della scrittura contribuisce a creare un ambito di riflessione maggiormente definito, che consente di elaborare e integrare le dimensioni personali e professionali dell'esperienza lavorativa. Crea uno spazio mentale che permette una valorizzazione di sé professionale e del proprio ruolo. Gli operatori che scrivono del proprio lavoro contribuiscono a superare la dicotomia tra pensiero e azione, contrastando efficacemente la frattura, tra chi "pensa, osserva e interpreta" e chi invece "agisce operativamente". Attraverso l'elaborazione scritta è più facile evitare di incorrere nell'errore di applicare tecniche professionali senza aver compreso con esattezza quali siano le basi teoriche sottostanti e, dunque, senza averle adeguatamente considerate, rielaborate e fatte proprie, attraverso una rivisitazione critica. Ricostruire e riaffermare la dignità di un sapere che connetta costantemente teoria e pratica costituisce il fondamento per rafforzare e sviluppare un corpus di conoscenze specifiche del servizio sociale. Ciò può avvenire in un processo di carattere circolare, che passa sostanzialmente attraverso la rielaborazione e la riflessione sull'esperienza[60.]

La documentazione aiuta ad argomentare meglio ciò che si pensa e quindi ad essere più sicuri di ciò che si è valutato o comunque proposto all'utenza; agevola la riorganizzazione delle idee, verificando le proprie opinioni e convinzioni, infatti solo quando si è costretti a mettere per scritto le nostre idee o le informazioni che si possiedono ci si rende conto della loro chiarezza e validità; costituisce un momento di riflessione ossia crea un momento per ri-pensare all'agito, sia nei confronti dell'utenza che nei

---

[57] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.,* p. 178 s.

[58] FIAMBERTI C., *La documentazione professionale dall'autoriflessione alla progettualità*, in La Rivista di Servizio Sociale, n. 2, 2006, p. 9.

[59] BINI L., *Documentazione e servizio sociale*, 2004, *passim,* l'A. presenta una ricerca svolta sul ruolo della documentazione.

[60] MERLINI F., BERTOTTI T., *Scrivere nel lavoro sociale*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2, 2009, p. 2 s.

confronti dell'organizzazione in cui si è inseriti, nonché per la verifica e valutazione sul caso e sull'andamento del processo di aiuto in atto (valutazione in itinere[61]); favorisce l'elaborazione di una prospettiva futura attraverso interrogativi e riflessioni; fissa per iscritto obiettivi, programmi, interventi fatti, facilitando la successiva verifica nonché valutazione[62;] facilita la memorizzazione di contatti, appuntamenti, problemi e avvenimenti che altrimenti verrebbero dimenticati; permette la trasmissione di informazioni e messaggi tra operatori e servizi per un buon lavoro nell'èquipe[63]; contribuisce alla costruzione di una cultura metodologica; sostiene l'operatore nel superamento delle difficoltà di organizzazione delle informazioni, rende più autorevole e chiarificatoria la comunicazione; facilita la supervisione professionale del lavoro svolto; è uno strumento operativo della professione; aiuta a controllare la qualità del servizio prestato, serve per rendersi conto con più chiarezza dei passi fatti, del modello teorico seguito, del procedimento metodologico adottato e anche degli errori, delle lacune, delle distorsioni che eventualmente si fossero prodotte[64;] la documentazione è, inoltre, fondamentale per lo sviluppo della cultura del servizio sociale[65,] per la teorizzazione della pratica in vista della formulazione di modelli teorici come guida per la pratica. Solo uno sforzo di documentazione sistematica del proprio lavoro e di diffusione fra gli operatori delle informazioni acquisite può permettere la conoscenza corretta della professione, il suo sviluppo teorico, la formazione di base e permanente degli operatori[66]; bisogna imparare a documentare il lavoro di èquipe sia per renderlo più sistematico e professionale sia per produrre materiale didattico utile per la formazione di base[67] e permanente degli operatori in relazione all'organizzazione di questo fondamentale modo di operare[68.]

Al di là dei positivi effetti che l'adozione di uno spirito di ricerca e la disponibilità a pubblicare ripercuotono sulla pratica professionale, vi sono altre positive conseguenze che, per quanto connesse, possono essere valorizzate sui piani della crescita individuale e della crescita professionale dell'intera categoria. Le risultanze indotte dallo scrivere sulla pratica professionale possono essere valutate e apprezzate da molteplici punti di vista, quantunque tra loro fortemente connessi. Tra i più immediati e riconoscibili, può essere citato il percorso di crescita individuale, con risvolti di carattere personale e aspetti maggiormente inerenti la figura professionale, che l'esperienza dello scrivere e pubblicare può indurre[69.]

Utilità per il servizio: garantisce la continuità nel tempo della relazione con il singolo utente, con il gruppo e con la comunità poiché consente di disporre di informazioni comuni in modo da funzionare indipendentemente dalla presenza dei singoli operatori; serve a descrivere e registrare l'attività svolta dal

---

[61] MAURIZIO R., *Progettare nel sociale,* 2004, p. 103 s. Fare valutazione in modo corrente permette che il processo possa essere co-progettato in ogni fase con la partecipazione di tutti i soggetti che a diverso titolo si assumono responsabilità rispetto al problema. Essa rende più visibile il lavoro non solo alla persona e ai suoi familiari, agli amministratori e ai dirigenti, ma anche agli stessi operatori di perché fa emergere immediatamente il significato della loro azione; inoltre, fa si che si pensi il progetto di aiuto nella sua totalità e se ne possa capire l'utilità nel momento dell'azione.

[62] GENOVA A., GIOMBINI L., QUAGLIANI A., *La valutazione nella pubblica amministrazione: il caso studio dell'ambito territoriale 7 delle Marche*, in GENOVA A., PALAZZO F., (a cura di) *Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche*, 2008, p. 281. Il ruolo della valutazione è cambiato perché è mutato il ruolo della pubblica amministrazione e il modo di operare nelle società economicamente sviluppate.

[63] LAROCCA F., *Nei frammenti l'intero. Una pedagogia per la disabilità*, 2008, p. 129. La mentalità di ciascun membro dell'èquipe è quella dell'istituzione di appartenenza e l'ottica disciplinare di ciascuno degli specialisti non consente molto spesso neppure di immaginare che vi possano essere altri punti di vista e altre modalità di vedere e affrontare i medesimi problemi. Una sorta di rigidità istituzionale è quella che caratterizza i lavori delle varie èquipe anche se vengono chiamate interistituzionali e interdisciplinari. Superare nell'èquipe di lavoro ogni sorta di rigidità e perseguire gli obiettivi della flessibilità organizzativa, fluidità comunicativa ed efficacia operativa esige non tanto un'organizzazione in rete delle istituzioni, ma una capacità di costituirsi in rete da parte degli addetti ai lavori. Questo significa che i membri delle èquipe di lavoro ricevano una formazione idonea a svolgere funzioni e ruoli in modi autonomi, una formazione in cui vi sia stato un lungo rodaggio a vivere le dinamiche proprie ai gruppi sociali altamente flessibili e dinamici, centrati si sul compito, ma soprattutto sulla funzione che i processi informativi, quelli comunicativi, quelli espressivi, quelli interpersonali finiscono per avere nella individuazione di diversi punti di vista.

[64] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale, op. cit.,* p. 180.

[65] DAL PRA PONTICELLI M., *Riflessioni sul servizio sociale oggi*, in Rassegna di Servizio Sociale, n. 1, 2009, p. 9 ss.

[66] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.*, p. 181.

[67] NEVE E., *Il servizio sociale*, 2008, p. 242 s.

[68] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.*, p. 185.

[69] MERLINI F., BERTOTTI T., *Scrivere nel lavoro sociale*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2, 2009, p. 4 s.

servizio, dall'operatore, ecc., quindi anche per la pubblicizzazione; serve a mappare i bisogni della comunità (diagnosi sociale), la complessità territoriale e quindi a preparare progetti di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria)[70], nonché per redigere la carta dei servizi; evita la dispersione di informazioni che altrimenti rimarrebbero patrimonio di un solo operatore, impostare un valido sistema informativo socio-sanitario locale per individuare gli ambiti di intervento, concludere accordi di programma, progettare servizi e interventi adeguati, inoltre per affiancare gli organismi politici-decisionali per sostenere le scelte di politica socio-sanitaria locale con dati, teorie esplicitabili, progetti rispondenti alle esigenze e risorse disponibili, ipotesi e suggerimenti per soluzioni innovative e sperimentali derivanti dalla conoscenza di altre realtà di differenti paesi e da confronti con altri operatori[71]; aiuta a costruire un sapere specifico del servizio ed una sua identità; permette di raccogliere e sistematizzare le richieste emerse ed i bisogni soddisfatti a scopo programmatorio e gestionale, la programmazione e la verifica si basano quindi su elementi oggettivi e non su impressioni; consente di conoscere la situazione e l'andamento nel tempo del singolo utente, del gruppo e della comunità ed eventualmente in caso di insorgenza di nuovi problemi o di errori nella valutazione la possibilità di ri-progettare l'intervento con la persona; uno strumento di trasparenza metodologica e di controllo da parte del cittadino sull'operato del servizio pubblico.

Per lo svolgimento del suo lavoro, l'operatore socio-sanitario ha bisogno spesso di consultare documentazioni prodotte da altri; è quindi necessario innanzitutto curare in modo particolare la tenuta di un archivio nel quale raccogliere sistematicamente la documentazione; ad esempio, raccolta organica di leggi per argomento, raccolta delle circolari e dai regolamenti dell'ente, raccolta di articoli, ricerche, documenti su temi specifici, ecc… Una funzionale sistemazione del materiale permette di ritrovare in modo veloce la documentazione nell momento del bisogno ed è importante, quando si programma o si attua il proprio lavoro, confrontarsi con altre esperienze, conoscere dati di ricerche, leggere articoli sul tema che ci interessa. Tutto ciò rende professionale, più ricco, più scientifico il lavoro, e questo è tanto più necessario in un periodo come l'attuale nel quale, data la fase di cambiamento che si attraversa, è indispensabile avere creatività e fantasia ma anche concretezza e scientificità. Un aspetto particolare della documentazione socio-sanitaria è rappresentato dalla raccolta sistematica di informazioni sulle risorse, le prestazioni, i servizi erogati dal proprio ente nel suo complesso o da altre istituzioni pubbliche e private presenti nel territorio, fondamentale per costruire una rete ottimale di servizi capaci di integrazione. Pertanto ogni volta che si viene a conoscenza di un servizio, di una istituzione, di un gruppo di volontariato che potrebbe divenire una possibile risorsa, bisogna predisporre una scheda, o segnalo in una rubrica, appuntando soprattutto, con esattezza, l'indirizzo, il telefono, le prestazioni che offre, ecc…[72]

Utilità della pratica del documentare per il processo di comunicazione all'interno dell'ente: sviluppa canali comunicativi con altri servizi, per co-costruire la rete promuovendo il raccordo inter-istituzionale attraverso strumenti normativi come gli accordi di programma, convenzioni ecc.; favorisce l'integrazione tra professioni diverse; aiuta la visibilità interna ed esterna del lavoro socio-sanitario; permette di raccogliere in modo uniforme le informazioni.

Utilità per il processo di comunicazione verso l'esterno dell'ente: agevola le comunicazioni ad esempio per la gestione congiunta dei casi; ufficializza rapporti e prassi; conforma contenuti e decisioni nel rapporto con altri enti.

Gli operatori, quindi, principalmente individuano ed enfatizzano diversi obiettivi connessi all'attività dello scrivere, come si prospettava anche più sopra come lo sviluppo della riflessività, la comunicazione interpersonale, nonché la memorizzazione e l'organizzazione.

---

[70] TIBERIO A., FORTUNA F., voce *Prevenzione*, in *Dizionario del sociale*, *op. cit.*, p. 398. La prevenzione primaria ha come obiettivo quello di evitare la nascita di problemi o disagi, agendo sulla popolazione prima che questi si manifestino. Quella secondaria, il cui obiettivo è quello di individuare precocemente i sintomi di disagio, per poterne limitare l'estensione e la gravità, intervenendo tempestivamente anche attraverso l'isolamento del problema. Infine, quella terziaria che ha come obiettivo la limitazione di un problema già in atto e lo sviluppo, nei soggetti colpiti, di capacità sufficienti a impedire una nuova manifestazione.

[71] MARI A., MASTROPASQUA I., ROMANO R., *L'assistente sociale dirigente. Funzioni, responsabilità, prospettive*, 2006, p. 31.

[72] DAL PRA PONTICELLI M., *Lineamenti di servizio sociale*, *op. cit.,* p. 185 s.

In conclusione si deve porre assolutamente l'attenzione alla autoformazione continua dell'operatore socio-sanitario, che è diritto ma anche dovere coltivare a fronte della pesantezza e delicatezza di compiti, dell'isolamento cui è facilmente soggetto per le molteplici pressioni e contraddizioni in cui è immerso. È cioè fondamentale - e forse troppo spesso sottovalutata - la necessità di un'alimentazione continua che da un lato salvaguardi il benessere ecologico dell'operatore, dall'altro faciliti la produzione e l'elaborazione di teoria dalla prassi professionale. Possono qui essere comprese non solo attività specifiche di aggiornamento e formazione permanente, ma anche la supervisione professionale, la programmazione di spazi per riflettere, studiare, scrivere, ma anche per documentare[73].

LE RIVISTE SPECIALIZZATE CHE CI INTERESSANO

Di seguito vengono fornite informazioni per ciascuna rivista specializzata a cui poter sottoporre il proprio elaborato, presentate in ordine alfabetico.

Si individuano le principali caratteristiche di ciascuna rivista per aiutare lo studente nella scelta della stessa e per evitare che l'articolo venga scartato solo sulla base dell'argomento non consono alle tematiche affrontate dalla rivista.

Si ricorda che ciascuna rivista ha un comitato scientifico che vaglia gli elaborati e spesso i tempi di attesa variano in base alla complessità di ciò che si è scritto, ma soprattutto dal lavoro accumulato dai referee.

In ultimo si propone a voi futuri autori di lavori scientifici, una lettera "facsimile" da utilizzare per inviare alla redazione i vostri contributi. Si consiglia l'invio tramite e-mail, con un file diverso in allegato (rispetto all'articolo) o comunque in un foglio A 4 separato se si sceglie l'invio cartaceo.

ANIMAZIONE SOCIALE

e-mail: animazionesociale@gruppoabele.org
sito web: www.gruppoabele.org
sede: Corso Trapani 91/b, 10141 Torino
tel.: (+39) 011 3841048

Il Gruppo Abele è un'associazione nata a Torino nel 1966. L'impegno è quello di cercare da sempre di saldare l'accoglienza con la cultura e la politica. Il "sociale" significa persone e giustizia sociale,

[73] NEVE E., *Il servizio sociale*, *op. cit.,* p. 243.

vicinanza a chi è in difficoltà e sforzo per rimuovere tutto ciò che crea emarginazione, disuguaglianza, smarrimento.

Il Gruppo Abele è articolato in circa sessanta attività. Fra queste, servizi a bassa soglia, comunità per problemi di dipendenza, spazi di ascolto e orientamento, progetti di aiuto alle vittime di tratta e ai migranti e uno sportello di mediazione dei conflitti. E ancora un centro studi e ricerche, una biblioteca, un archivio storico, una libreria, due riviste, percorsi educativi rivolti a giovani, operatori e famiglie. Il Gruppo anima inoltre progetti di cooperazione allo sviluppo in Africa e un consorzio di cooperative sociali che dà lavoro a persone con storie difficili alle spalle.

Il Gruppo crede fortemente nel noi, nell'impegno comune e trasversale, nel fare insieme che arricchisce le proposte e consolida i progetti. Per questo è stato promotore di diverse associazioni e coordinamenti. Nel 1982 ha accompagnato la nascita del Cnca (Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza), mentre nel 1986 ha partecipato alla fondazione della Lila (Lega italiana per la lotta all'AIDS).

Sempre dal Gruppo Abele ha preso il via nel 1995 l'esperienza di Libera, rete di impegno contro le mafie che oggi riunisce più di 1.500 realtà italiane e straniere. Orizzonte di un impegno dai così tanti volti è la voglia di costruire una società capace di promuovere, attraverso la corresponsabilità, la libertà e la dignità di ogni persona. Una società dove l'io e il noi, la legalità e la giustizia, la solidarietà e il diritto non siano dimensioni separate ma complementari, e dove la vita umana, nell'espressione della sua diversità, possa diventare un bene per se stessa e per la comunità di cui fa parte.

Dal 1971 Animazione Sociale è la rivista di chi lavora nel sociale, professionisti che a vario titolo lavorano nei servizi, nelle cooperative sociali, nelle associazioni, su problemi sociali ed educativi.

Persone immerse nel lavoro dei servizi, quotidianamente alle prese con problemi che la società, nel suo caotico divenire, costantemente genera e riproduce. Ecco la grande redazione di Animazione Sociale.

Dietro di loro, accumuli di pensiero cresciuti nelle esperienze, nei momenti di supervisione, nei diari personali, in seminari di approfondimento, in lezioni all'università, in consulenze alle organizzazioni, in pagine scritte che tendono a prendere forma di libro e vengono anticipate in articoli.

Responsabilità e impegno, diritti e giustizia sociale. Questo è l'orizzonte attorno al quale il Gruppo Abele orienta il lavoro quotidiano delle sessanta attività raggruppate nell'Accoglienza, nella Cultura, nella Cooperazione internazionale, nel Lavoro e in alcuni progetti satellite connessi agli obiettivi dell'associazione.

Il "fare" riguarda in primo luogo l'Accoglienza delle persone che ci chiedono aiuto e che, per i motivi più diversi, si trovano a vivere momenti di difficoltà nel corso della propria esistenza.

Il Gruppo lavoro con loro per affrontare insieme le fragilità e fare in modo che acquisiscano strumenti per prendere in mano la propria vita ed essere protagoniste del proprio cambiamento. Perché possano acquisire dignità e autonomia. E proprio sull'autonomia delle persone operano le nostre cooperative di Lavoro, oggi riunite in Consorzio, che offrono opportunità di reinserimento sociale. L'investimento sulla Cultura è legato a filo doppio con l'accoglienza, arriva dall'esperienza sul campo e da quell'esperienza prova a elaborare idee, metodi di lavoro, progetti che possano incidere in positivo sulla vita delle persone (non solo quelle più fragili) e della comunità. Ed è un fare cultura che punta a promuovere ricerca, produrre un'informazione e una formazione approfondite, e così anche pubblicazioni e libri che contribuiscano a porre attenzione, impegno e risorse sulle questioni sociali. Infine, in Costa D'Avorio e in Senegal operano i progetti di Cooperazione internazionale che, insieme alle persone, progettano percorsi di accoglienza, formativi, professionali.

AUTONOMIE LOCALI E SERVIZI SOCIALI

e-mail: autonomielocali@iress.it
sito web: www.mulino.it
sede: Strada Maggiore, 37 40125 Bologna
tel.: 051 256011

La rivista, nata nel 1977, costituisce una guida completa e aggiornata per analizzare e comprendere le trasformazioni e le innovazioni della rete dei servizi alla persona a livello nazionale, regionale, locale e nel più ampio quadro europeo. Si pone come obiettivo principale l'osservazione dei nuovi equilibri fra istituzioni e cittadini, universalismo e selettività, pubblico e privato, garanzie e libera scelta verso i quali tende il sistema del welfare nel nuovo assetto delle autonomie locali.

Presta particolare attenzione anche a temi quali efficienza, valutazione, qualità, privacy, comunicazione pubblica e nuove tecnologie dell'informazione, oltre che ai soggetti emergenti della società civile attivi nel terzo settore: associazionismo, volontariato, cooperazione sociale e fondazioni. Presenta un pratico formato a schede che rende la consultazione facile e maneggevole.

Le pubblicazioni periodiche del Mulino rappresentano una proposta ampia e diversificata, che integra e arricchisce la produzione della Società editrice. Alcune si rivolgono a un pubblico generale e offrono un'analisi equilibrata degli argomenti di maggiore attualità; altre, più specialistiche, propongono agli studiosi le acquisizioni più recenti della ricerca in tutte le aree disciplinari toccate dalla produzione editoriale del Mulino.

Nel web, lo spazio dedicato a ciascuna testata ne presenta i temi e la politica culturale, la direzione, la periodicità, gli indici degli ultimi numeri, e offre la possibilità di abbonarsi o acquistare fascicoli.

Per alcune riviste sono disponibili materiali aggiuntivi, quali indici storici o tematici.

EPIDEMIOLOGIA E PSICHIATRIA SOCIALE

e-mail: pensiero@pensiero.it
sito web: www.pensiero.it
sede: via San Giovanni Vardarno, 8 00138 Roma
tel.: 06 86282.1

Sin dalla sua fondazione, si è caratterizzata, nel panorama delle riviste psichiatriche italiane, per il dichiarato intento di raggiungere alcuni specifici obiettivi. Innanzitutto costituire un nuovo riferimento per gli autori italiani interessati a pubblicare, nella lingua italiana, studi e ricerche di psichiatria epidemiologica e sociale originali e di qualità, condotte rispettando i criteri e le regole del metodo scientifico. In secondo luogo mettere a disposizione dei ricercatori, in particolare di quelli più giovani, uno strumento che valorizzasse la loro produzione scientifica in lingua italiana mediante l'uso regolare di un'accurata e rigorosa revisione dei lavori (peer review). Strumento adottato da tutte le migliori riviste scientifiche internazionali che, tuttavia, prendono in considerazione ed eventualmente pubblicano solo lavori in lingua inglese.

Entrambi questi obiettivi sono garantiti, per tutti gli articoli inviati ad EPS; con l'aiuto di referee (italiani e stranieri, ma con buona conoscenza della lingua italiana) anonimi ed indipendenti. La verifica è finalizzata non solo alla selezione, ma anche al miglioramento dei lavori più interessanti, attraverso una o più revisioni, prima della loro accettazione.

EPS, permettendo l'accesso ad una letteratura scientifica di qualità anche a quegli operatori dei Servizi che non sono abituati a consultare le riviste internazionali in lingua inglese, intende motivarli ed incoraggiarli a farlo, aumentando il loro interesse verso la psichiatria scientificamente fondata, i suoi metodi, il suo linguaggio.

Un elevato standard ed un confronto continuo tra la migliore produzione scientifica italiana e quella internazionale sono garantiti, oltre che dalla selezione alla quale si è fatto riferimento sopra, dalla pubblicazione, in ogni numero di EPS, di Editoriali e di articoli scritti su invito, per la nostra rivista (il più delle volte in lingua inglese), dagli studiosi più noti a livello internazionale e dai migliori ricercatori di psichiatria epidemiologica.

In questi anni EPS è diventata un punto di riferimento di riconosciuto valore, per molti psichiatri ed operatori dei Dipartimenti di Salute Mentale, non solo in Italia, ma anche fuori.
È recensita su Index Medicus/MEDLINE e PubMed, Excerpta Medica/Embase, su Mental Health Abstracts, Psychological Abstracts, Sociological Abstracts e su altre banche internazionali.
La recente inclusione nei Current Contents/Social and Behavioural Sciences - oltre ad accrescere il prestigio di EPS nella letteratura psichiatrica internazionale - ha consentito l'assegnazione di un Impact Factor di 2,900.

HP-Accaparlante

e-mail: cdh@accaparlante.it
sito web: www.accaparlante.it
sede: via Legnano, 2 40132 Bologna
tel.: 051 641 5005

L'Associazione Centro Documentazione Handicap, nata nel 1996, gestisce un centro di documentazione (attivo dal 1981 per iniziativa dell'AIAS di Bologna) sui termini dell'handicap, del disagio sociale, del volontariato e del terzo settore. La Cooperativa Sociale Accaparlante Onlus è nata nel 2004 per iniziativa dello stesso gruppo di lavoro del CDH.

L'associazione e la cooperativa si propongono di essere un laboratorio culturale aperto sui temi dello svantaggio e della diversità; favorire una cultura in cui le persone svantaggiate siano "soggetti di diritto", protagoniste del cambiamento personale e sociale; dare ad ogni persona svantaggiata la possibilità di una integrazione basata sulla valorizzazione delle sue diverse abilità; infine, fare uscire dalla "riserva" persone e temi normalmente relegati in recinti e dar loro un'adeguata visibilità.

Inoltre le attività strategiche a partire dalla progettazione e gestione di servizi culturali, informativi, socio-educativi; la conduzione di interventi di integrazione socio-lavorativa; e la realizzazione di prodotti specializzati che riguardino la documentazione, l'informazione e la comunicazione per una diffusione e diversa percezione dei temi sociali.

HP-Accaparlante la rivista, è del centro documentazione handicap di Bologna, edita dal Centro Studi Erickson di Trento, sorge nel 1983, è indirizzata a quanti si occupano di tematiche educative; i suoi contenuti sono in particolare intrecciati alle professioni, ai vissuti e agli strumenti di chi vive ed opera in stretto rapporto con persone e situazioni "deboli".

I temi maggiormente trattati sono l'handicap, il volontariato, il terzo settore, scuola, formazione, ambiti della marginalità.

La rivista è rivolta ad educatori professionali, insegnanti, volontari, disabili e i loro genitori, tutte quelle persone che a vario titolo hanno a che fare con l'emarginazione.

ITACA ITALIA: costruzione di un ruolo terapeutico nel campo delle dipendenze

e-mail: rivista@itacaitalia.it
sito web: www.itacarivista.it
sede: via Tripoli, 110 00199 Roma
tel.: 06 86381988 oppure 06 86580229

ITACA

Quando inizierai il tuo viaggio verso Itaca,
prega che la strada sia lunga,
ricca di avventure, ricca di conoscenza.
Lestrigoni e Ciclopi,
Poseidone furioso – non averne timore:
non ne incontrerai mai sul tuo cammino,
se i tuoi pensieri rimarranno alti, se una gentile
emozione accarezzerà il tuo spirito e il tuo corpo.
Lestrigoni e Ciclopi,
Poseidone selvaggio, non li incontrerai mai
se già non li porti dentro la tua anima,
se l'anima non li frapporrà ai tuoi passi.

Prega che la strada sia lunga.
Che le mattine d'estate siano molte, quando
con grande piacere, con grande gioia,
entrerai per la prima volta in porti mai visti;

fermati ai mercati fenici,
compra le merci migliori,
di madreperla e corallo, ambra ed avorio,
caldi profumi di ogni genere -
profumi caldi quanti ne puoi portare.
Visita molte città egizie,
per imparare ancora ed ancora dai sapienti.

Tieni sempre Itaca a mente:
raggiungerla è il tuo ultimo scopo.
Non affrettare però minimamente il viaggio,
meglio lasciarlo durare molti anni;
attraccare alfine all'isola quando sarai vecchio,
ricco di tutto ciò che avrai raccolto per strada,
senza pretendere che Itaca ti offra altri tesori.

Itaca ti ha donato il Viaggio meraviglioso.
Senza di lei tu non saresti mai partito per la tua via.
Essa non ha null'altro da offrirti.

Se la troverai povera, non credere che Itaca t'abbia ingannato.
Saggio come sei diventato, con sì tanta esperienza,
avrai già compreso cos'Itaca realmente rappresenti.

Kostantinos Petrou Kavafis

LAVORO SOCIALE

e-mail: info@erickson.it
sito web: www.erickson.it
sede: via del Pioppeto 24, Fraz. Gardolo 38121 Trento

Lavoro Sociale è l'unica rivista italiana a proporre un articolato panorama del dibattito internazionale nel campo del social work. In ogni numero vengono proposti importanti saggi di studiosi stranieri, scelti per la pertinenza dei loro contenuti rispetto all'agenda dei problemi vissuti quotidianamente dagli operatori italiani; riflessioni metodologiche originali della cultura e delle esperienze italiane; sperimentazioni e ricerche attivate nelle realtà di tutto il mondo che sperimentano «buone prassi» innovative; approfondimento dei concetti e delle metodologie che funzionano, con l'analisi delle motivazioni per cui determinate esperienze hanno successo.

La rivista si distingue per l'elevato livello scientifico, accompagnato a una particolare attenzione agli aspetti pratici più rilevanti nel lavoro professionale.

MINORIGIUSTIZIA

e-mail: riviste@francoangeli.it; redazione@francoangeli.it
sito web: www.francoangeli.it
redazione: Giovanni Volpe, c/o Tribunale per i minorenni, via dei Bresciani, 32 00186 Roma

Rivista interdisciplinare fondata nel 1992 dall'Associazione Italiana dei Giudici per i Minorenni (ora Associazione dei Magistrati per i Minorenni e la Famiglia), con l'intento di analizzare e approfondire la relazione fra minorenne e giustizia e di studiare le implicazioni di questa relazione e le conseguenze, gli effetti sui soggetti in età evolutiva. Minorigiustizia coinvolge perciò in un necessario confronto, non solo il mondo della magistratura, ma tutti coloro che collaborano e operano a diverso livello alla tutela del minore: psicologi, pedagogisti, sociologi, neuropsichiatri infantili, operatori sociali, nella convinzione che l'approccio interdisciplinare alle tematiche della giustizia minorile garantisca l'operatività e l'utilità della riflessione.

Negli anni, la rivista si è occupata di temi sempre più dibattuti e sentiti. Sono stati affrontati i temi dell'abuso sessuale sui minori, della separazione coniugale, della formazione dei magistrati per i minorenni, della cultura della punizione/riparazione, dell'affidamento familiare e dell'adozione. Ampio spazio è stato inoltre dato al dibattito sulla bioetica e sulle implicazioni legislative e psicologiche della procreazione artificiale. La rivista contiene in ogni numero un dossier in cui approfondisce un argomento, ed alcune rubriche fra cui "Minori in prima pagina", "Esperienze giudiziarie e sociali", una "Rassegna di giurisprudenza" e un "Notiziario".

L'Associazione Italiana dei Magistrati per i Minorenni e la Famiglia promuove la collana editoriale Puer. Ogni volume ha un carattere monotematico e raccoglie contributi di giuristi, psicologi, sociologi, giornalisti ed altri operatori del sociale sull'argomento. L'obiettivo della collana è quello di offrire un panorama ampio, articolato ed interdisciplinare del tema affrontato.

PERSONALITÀ/DIPENDENZE

e-mail: info@mucchieditore.it e boll001@pol-it.org
sito web: www.pol-it.org
sede: via Santa Croce, 13/1, Genova e via Piave 2/a, Vermezzo (MI)

La rivista ha scelto di proporre ai lettori anche uno spazio on line, all'interno di POL-it, dove presenterà l'indice degli articoli ospitati sulla Rivista e alcuni percorsi di lettura, ossia raccolte di articoli tra loro concettualmente connessi per tematica o modello clinico di riferimento. La rivista intende far conoscere le sue rubriche, la possibilità di trarne informazioni qualificanti e spunti di riflessione, ma anche l'opportunità di partecipare alla sua stesura inviando alla Redazione ricerche, testimonianze, riflessioni.

Personalità/Dipendenze nasce nel 1995, da Erit-Italia (Federazione Italiana Operatori Tossicodipendenze) e SDP (Società di Studio per i Disturbi di Personalità). È diretta da Roberto Bertolli (CREST di Milano) e da Umberto Nizzoli (Dipartimento delle Dipendenze Patologiche Az. USL di Reggio Emilia), edita da Mucchi Editore di Modena; si avvale di una Redazione Scientifica composta da esperti europei nel campo delle dipendenze patologiche e dei disturbi di personalità. In questi anni di lavoro la Rivista ha accolto articoli ed esperienze relativi alla clinica ed alla psicopatologia, ma anche a tematiche emergenti e talvolta controverse come la valutazione degli esiti dei trattamenti, la qualità, la programmazione sociale e sanitaria.

Personalità/Dipendenze ha scelto di adottare criteri di qualità e di verifica, aderendo prima alla Piattaforma di Farmington e poi, essendo tra i fondatori, ad ISAJE, International Society of Addiction Journal's Editors.

Agli Autori è puntualmente richiesto, oltre all'osservanza di alcune comuni norme editoriali, un abstract in lingua inglese e possibilmente anche in francese, allo scopo di favorire la diffusione degli articoli ed aumentarne l'Impact Factor, desiderio che questo spazio on line può validamente aiutarci a realizzare. La rivista si propone come strumento di aggiornamento, indispensabile per la formazione permanente di ogni professionista del trattamento delle tossicomanie. Contiene articoli ed esperienze relativi alla clinica e alla psicopatologia e tratta tematiche complesse come la valutazione degli esiti dei trattamenti, la qualità dei servizi ambulatoriali e residenziali, la programmazione sociale e sanitaria.

La qualità dei materiali presentati e la loro validità scientifica sono garantiti dalla collaborazione dei maggiori esperti nel campo delle dipendenze patologiche e dei disturbi di personalità.

POLITICHE E SERVIZI ALLE PERSONE

e-mail: fz@fondazionezancan.it
sito web: www.fondazionezancan.it
sede: via Vescovado, 66 35141 Padova

La Rivista propone il risultato dell' attività di riflessione e ricerca della Fondazione Zancan sulle politiche e i servizi sociali e sociosanitari. Si articola in tre sezioni: «Politiche e servizi»; «Approfondimenti monografici»; «Esperienze e documentazione».

L'iniziativa editoriale si propone di contribuire all'elaborazione delle politiche e alla maturazione della cultura e dei valori che possono orientarle; considerare i cambiamenti dal punto di vista delle ricadute che essi manifestano sulle persone, e in particolare su quelle che versano in situazione di debolezza; condurre un'analisi attenta dei servizi, dei modelli di intervento, delle soluzioni operative e dei fondamenti etici del lavoro sociale, ricercando nel contempo nuove soluzioni praticabili; approfondire criticamente le questioni nodali del cambiamento in atto nel sistema di welfare italiano e in ambito europeo; documentare esperienze positive, in particolare quelle che si presentano come riproducibili in diversi contesti, così da alimentare la fiducia negli operatori del sociale.

Nelle pagine di presentazione la rivista individua anche i requisiti formali per l'invio degli articoli. La rivista utilizza un processo di peer review (revisione tra pari) per selezionare gli articoli da pubblicare.

Chi desidera inviare testi per la pubblicazione deve attenersi ai seguenti criteri: il testo non deve essere già stato pubblicato; gli articoli non devono superare le 23.000 battute spazi inclusi (note e bibliografia vanno conteggiate). Tabelle e figure possono essere inserite se strettamente necessarie.

La bibliografia va inserita a fondo articolo, mentre nel corpo del testo deve essere inserito tra parentesi il riferimento all'autore e l'anno di pubblicazione. Aggiungere all'articolo due sintesi di massimo 5 righe, una in italiano e una inglese. Gli articoli devono pervenire in formato Word per Windows o con estensione .doc.

I contributi sono valutati in modo anonimo e imparziale da referee indipendenti, tenendo conto di originalità, qualità scientifica e chiarezza espositiva. Gli articoli che presentano esperienze devono avere un approccio critico e documentare i risultati conseguiti. La redazione si riserva di chiedere revisioni del testo sulla base delle valutazioni espresse dai referee.

POLITICHE SOCIALI E SERVIZI

e-mail: redazione.vp@unicatt.it
sito web: www.vponline.it
sede: Largo Gemelli, 1 20123 Milano
tel.: 02 72342310/2370

La Rivista coniuga un buon livello di approfondimento scientifico/culturale specifico dell'ambito accademico, su temi di grande attualità connessi alle politiche sociali, con le ricadute operative che queste implicano, con particolare attenzione alle esigenze degli assistenti sociali. L'idea che muove l'impostazione generale della Rivista è quella di "conoscere per intervenire" in una prospettiva che permetta di coinvolgere gli attori privilegiati, sia a livello di ricerca, sia a livello di intervento sociale, in un dibattito proficuo, teso a indicare alcune linee cruciali, nell'elaborazione di nuovi progetti di politica sociale più attenti alle mutate esigenze della società italiana.

PROFESSIONE SOCIALE (LA)

e-mail: info@cesdiss.org
sito web: www.cesdiss.org
sede: via Gandusio, 10 40128 Bologna
tel.: 051 253204

Il centro studi ha fondato la rivista "La professione Sociale", edita dalla Clueb, di Bologna, rivista scientifica monografica che raccoglie le ricerche e gli approfondimenti dei laboratori di ricerca attivati dal comitato scientifico del Centro Studi.

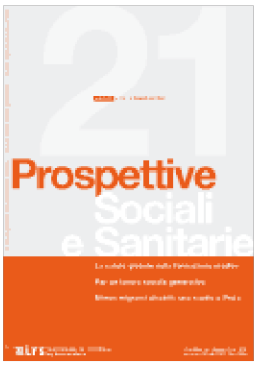
La rivista, semestrale a carattere monografico, raccoglie le ricerche e gli approfondimenti dei laboratori di ricerca attivati dal comitato scientifico del Centro Studi di Servizio Sociale. Affronta tematiche relative al ruolo dell'assistente sociale in diversi contesti operativi. Pubblica inoltre atti di convegni e di giornate di studio attinenti la professione.

Il Centro Studi di Servizio Sociale (Ce.S.di S.S.), nasce a Bologna nel 1989, promosso da un gruppo di professionisti esperti di Servizio Sociale e Assistenti Sociali, quale associazione senza fini di lucro per lo studio la ricerca la documentazione e la formazione di coloro che operano nell'area sociale.

Ottiene l'iscrizione nel registro del volontariato della Regione Emilia Romagna, ai sensi della l.266/91 con Decreto n.517 del 16\07\92. Il Centro Studi vive dell'impegno volontario personale e finanziario dei soci e del contributo delle istituzioni economiche scientifiche e sociali, pubbliche e private.

Il Centro Studi secondo i propri fini statutari, ha svolto in questi anni attività istituzionali di ricerca studio e approfondimento, confronto ed elaborazione scientifica sull'esperienza pratica del Lavoro Sociale Professionale e di formazione delle professioni occupate nei Servizi Sociali e nel terzo settore, in particolare ha dato vita alle varie iniziative di carattere sociale.

PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE



e-mail: pss@irsonline.it
sito web: pss.irs-online.it
sede: via XX settembre, 24 20123 Milano
tel.: 02 46764276

L'attenzione della rivista si concentra sulle politiche sociali, nazionali e locali, individuandone criticità e prospettive di sviluppo. Pubblica lavori sui fattori di qualità come l'organizzazione e la sua funzionalità, la gestione del ruolo e la comunicazione, la valutazione di efficacia delle prestazioni e la soddisfazione dell'utenza, l'integrazione degli interventi. Si presenta come utile strumento di riflessione, orientamento e lavoro per studenti nei corsi di formazione, per amministratori e dirigenti di servizi, per operatori sociali e sanitari. Al suo interno vengono descritte importanti esperienze condotte in diversi contesti organizzativi e territoriali.

L'esperienza di Prospettive Sociali e Sanitarie prende l'avvio nel 1971, all'inizio di un decennio in cui le iniziative per la riforma dei servizi sociali e sanitari conseguivano alcuni importanti traguardi: il dpr 616 e la l. 833 in particolare. La rivista è stato un importante strumento per tale battaglia e da allora, quindicinalmente, è testimone critico e interlocutore attivo delle politiche e degli sviluppi dei servizi sociali e sanitari, a livello tanto istituzionale e legislativo quanto delle singole esperienze, presentate e valorizzate per stimolare la comunicazione, il confronto, l'innovazione.

La rivista indica e tiene a precisare per chi vuole inviare articoli che la rivista valuta sempre con molto interesse i contributi inviati dai propri lettori.

Alcune indicazioni per un'eventuale pubblicazione: la lunghezza dei testi non dovrà superare le 27.000 battute (spazi inclusi), compresi grafici, tabelle, note e bibliografia; gli articoli inviati a PSS non possono contemporaneamente essere proposti ad altre riviste; in fase di pubblicazione, la redazione potrà intervenire sulla forma degli articoli o apportare modeste riduzioni per motivi redazionali o di spazio, senza modificarne il senso; indicare sempre: nome e cognome, indirizzo e recapito telefonico, qualifica e/o ente di appartenenza.

RASSEGNA DI SERVIZIO SOCIALE

e-mail: info@eiss.it; rassegnadiserviziosociale@eiss.it
sito web: www.eiss.it
sede: via del monte delle capre, n. 23 (pal. A) 00148 Roma
tel. 0665759848

L'Ente Italiano di Servizio Sociale (E.I.S.S.) – ONLUS è una Fondazione riconosciuta giuridicamente con Decreto del Presidente della Repubblica n. 769 del 30 luglio 1966 pubblicato nella G.U. del 30 settembre 1966 n. 244.

L'E.I.S.S., Agenzia Tecnica, opera nel settore dei servizi sociali mediante studi, ricerche e formazione, progettazione, realizzazione e sperimentazione di nuovi modelli di servizi.

A norma dell'art. 3 dello Statuto l'E.I.S.S. ha diversi scopi promuovere ricerche e studi per lo sviluppo dei servizi sociali, sanitari, culturali ed educativi mediante rilevazioni, sperimentazioni, documentazioni, pubblicazioni, convegni, seminari di studi; formare il personale qualificato per tali servizi sia pubblici che privati, promuovendo Istituti, Centri di Formazione e Scuole professionali direttamente gestiti o consociati, in conformità alla legislazione nazionale e regionale vigente; fornire allo Stato, alle Regioni, alle Province, ai Comuni, alle U.S.L. e ad altri organismi economici, amministrativi, assistenziali, sanitari, culturali ed educativi, pubblici e privati, la prestazione, attraverso l'opera di personale qualificato, di appropriati servizi; promuovere e gestire direttamente e avvalendosi della collaborazione di gruppi del volontariato e di cooperative sociali, ogni iniziativa che si ritiene utile per la migliore realizzazione di tali servizi, anche in veste di società di fornitura di lavoro temporaneo, nei casi tassativamente previsti dalle leggi vigenti e dai contratti collettivi nazionali.

In questo quadro l'EISS realizza attività di studio, di ricerca, di sperimentazione e di gestione di servizi sociali, con l'impiego di proprio personale, in collaborazione con Ministeri (Welfare, Giustizia, Istruzione, Salute, ecc.), con Amministrazioni regionali e locali, con Organismi nazionali e internazionali, pubblici e privati.

Come Ente di ricerca l'EISS è iscritto all'anagrafe nazionale degli Istituti di Ricerca presso il Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca con il codice H1690019.

Quale Ente nazionale di formazione professionale, riconosciuto dal Ministero del Welfare in virtù della legge 40/1987, l'EISS gestisce Centri e Scuole di formazione per Operatori sociali e cura la definizione dei loro profili, dei moduli formativi, del loro aggiornamento professionale con l'ausilio di appropriati "sussidi didattici".

L'EISS cura la pubblicazione della rivista trimestrale "Rassegna di Servizio Sociale" al fine di dare ampia informazione sulle attività svolte e programmate anche per meglio coinvolgere quanti sono interessati ai temi affrontati. Dal 1967 cura la collana "Problemi sociali del tempo" pervenuta al 62° volume; dal 1996 pubblica una seconda collana denominata "Sussidi Didattici" particolarmente rivolta alla formazione di assistenti sociali e di altri operatori sociali. Dal 1998 cura la collana "Sociologia, Teoria e Metodologia del Servizio Sociale". Dal 2001 pubblica annualmente il "Rapporto sulla situazione del servizio sociale" in Italia.

RIVISTA DELLE POLITICHE SOCIALI (LA)

e-mail: rps@ediesseonline.it
sito web: www.ediesseonline.it
sede: viale di Porta Tiburtina, 36 00185 Roma

La Rivista delle Politiche Sociali, edita da Ediesse, è nata nel 2004 in considerazione della centralità politica e sociale delle questioni legate al welfare e si occupa in particolare delle possibili configurazioni e delle scelte di regolazione economica ed istituzionale legate a questi temi, al fine di contribuire a stimolare la capacità di elaborazione e di proposta su queste tematiche. Nella rivista vengono considerate sia la dimensione nazionale sia la prospettiva internazionale, attraverso la pubblicazione di contributi individuati per l'elevato grado di significatività, ma anche veicolando la diffusione di rapporti e ricerche europee. Grazie alla credibilità e al riconoscimento scientifico acquisiti in questi anni, la Rivista delle Politiche Sociali è diventata un punto di riferimento per studiosi, intellettuali, dirigenti sindacali e policy makers.

Rps ha periodicità trimestrale, una foliazione di circa 300 pagine e una strutturazione monografica. Ciascun fascicolo è corredato da una sezione di documentazione analitica su strumenti e misure riferite all'argomento della monografia, da una rubrica per la segnalazione/recensione di testi di particolare interesse e da una "parola-chiave" sul tema della monografia.

Ogni numero contiene, inoltre, una sezione non monografica dedicata ad uno o più temi di evidente rilievo nella discussione socio-politica in cui vengono pubblicati paper referati.

Dal 2008 Rps è una delle due riviste di riferimento di Espanet Italia.

RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE (LA)

e-mail: info@istsss.it
sito web: www.istisss.it
sede: viale di Villa Pamphili, 84 00152 Roma
tel.: 06 5897179

L'ISTISSS e La Rivista di Servizio Sociale si pongono come luogo per lo studio, la ricerca, l'intervento, la formazione e l'aggiornamento nell'ambito delle professioni sociali e sanitarie, la raccolta e la diffusione della documentazione riguardante, fra l'altro, il cambiamento del Welfare, i piani di zona, il protagonismo degli utenti, l'apporto del privato sociale.

L'Istituto per gli Studi sui Servizi Sociali ISTISSS svolge fin dal 1960, su base associativa multiprofessionale, attività di studio, ricerca, intervento, sperimentazione di servizi e diffusione dei risultati, formazione ed aggiornamento, documentazione, convegnistica nei campi sociale e sanitario, di tempo libero e del turismo sociale. Attività finalizzate alla realizzazione di un quadro compiuto di solidarietà sociale.

L'ISTISSS è sorto nel 1960 e a ragione può considerarsi un testimone privilegiato della storia del Servizio sociale in Italia. Anche per questo l'Istituto si onora di ospitare nella propria sede la SOSTOSS (Società per la Storia del Servizio Sociale), un'associazione che si prefigge di conservare e valorizzare l'esperienza del passato, per dare radici solide al presente. Una fonte importante di tale storia è certamente rappresentata dal patrimonio librario, conservato nella Biblioteca dell'Istituto stesso, un patrimonio che sta arricchendosi di nuove donazioni provenienti da enti o da privati.

Per alcuni problemi congiunturali, non ancora in grado di "aprire e mostrare" questo patrimonio, ma l'Istituto si promette di farlo non appena possibile, sia utilizzando la Rivista di Servizio Sociale, che dedicando uno spazio nel medesimo web-site.

LA RIVISTA DI SERVIZIO SOCIALE, organo dell'Istituto per gli Studi sui Servizi Sociali, intende apportare il contributo degli operatori al progressivo riassetto dei servizi sociali del paese secondo un preciso orientamento basato sul decentramento e sull'unificazione dei servizi a livello territoriale, sulla prevenzione delle condizioni di disagio socio-culturale e biopsichico, sulla priorità dei servizi aperti, sulla partecipazione effettiva dei cittadini alla programmazione e gestione dei servizi; questo tipo di lavoro culturale si rende necessario anche per promuovere e arricchire il processo di identificazione degli operatori nei propri ruoli professionali.

La Rivista si propone in una prospettiva dialettica e critica della problematica dei servizi sociali di essere aperta ad apporti anche non convergenti. Sono previsti, accanto a saggi di carattere generale e teorico connessi, al mutamento sociale del Paese e a contributi relativi ai problemi del territorio, della partecipazione, del decentramento, del costo dei servizi, anche su studi concernenti settori più specifici quali i disabili, la droga, la salute mentale, il disadattamento sociale, i problemi della donna, dei giovani, degli anziani e a tutti gli altri problemi simili.

SALUTE E PREVENZIONE: la rassegna italiana delle tossicodipendenze

e-mail: riviste@francoangeli.it; redazione@francoangeli.it
sito web: www.francoangeli.it
sede: viale Monza, 106 20127 Milano oppure via Savoia, 80 Roma
tel.: 02 2837141 oppure 06 8543430

Rivista specializzata sui temi della prevenzione, della cura, della riabilitazione nelle tossicodipendenze e nei disturbi psichici e sociali degli adolescenti e dei giovani. Fondata nel 1983, si ispira alla metodologia dell'Approccio Integrato, nella quale gli apporti scientifici della medicina, della psicologia, delle scienze sociali, educative e umane si organizzano attorno alla centralità della persona tossicomane o del giovane con disturbi psichici e del comportamento sociale.

Contribuiscono alla rivista autori di fama nazionale ed estera ma anche operatori dei servizi pubblici e privati. Questi operatori, in modo fedele all'impostazione della rivista, appartengono a varie professionalità dell'area medica, psicologica, sociale, educativa.

Membri autorevoli del SICAD, Sezione della Società italiana di psichiatria che si occupa dei comportamenti d'abuso e della Federazione europea degli operatori e delle associazioni del campo delle tossicodipendenze ERIT Italia, nonché dirigenti di Comunità Terapeutiche ed Associazioni del privato sociale sono componenti del comitato tecnico scientifico della rivista.

Essa infine si rivolge ad operatori dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze e per i disturbi degli adolescenti, alle scuole, agli educatori e alle università curando in modo particolare la scientificità dei temi trattati.

La rivista prevede per ciascun numero edito, un editoriale, gli articoli, rubriche per la recensione di articoli, libri e riviste ed è un importante veicolo di comunicazione per quanti vogliono essere informati su iniziative di formazione e aggiornamento in questi campi.

Grazie alla collaborazione con l'Associazione "Crescere" ed altri enti pubblici e privati, la rivista promuove e realizza seminari e formazione, corsi, convegni in tutta Italia.

SALUTE E TERRITORIO

e-mail: salute.territorio@virgilio.it
sito web: www.saluteeterritorio.it
sede: piazza Carrara 16/19, 56126 Pisa
tel.: 050 29544 oppure 050 503868

Nata insieme al Servizio sanitario nazionale, Salute e territorio ha mantenuto nel suo ultraventennale percorso l'obiettivo originario di sostenere l'affermazione e il progressivo miglioramento del servizio pubblico.

Approfondendo il dibattito sulle scelte operative a fronte di provvedimenti innovativi, proponendo gli scenari anche internazionali dei vari sistemi sanitari, divulgando modelli di buona sanità, ci siamo proposti come strumento di formazione e di informazione per tutti gli operatori che lavorano a vario titolo nel campo della sanità pubblica.

La Regione Toscana ha creduto nell'impegno fornendo un fondamentale sostegno economico con lo scopo di distribuire la rivista in tutti i servizi pubblici territoriali. Ma l'interesse e l'utilità del contributo organizzativo e operativo ha fin dall'inizio travalicato la diffusione regionale collocando la rivista fra le testate storiche raccolte nelle biblioteche universitarie e ospedaliere, nelle ASL, nei Centri di ricerca e nelle istituzioni che si occupano a vario titolo di sanità.

La redazione, composta da esperti nei vari settori sanitari, si avvale anche di un gruppo di validi collaboratori ed esamina tutte le proposte di pubblicazione pertinenti alle tematiche che ci qualificano in particolare, organizzazione dei servizi, formazione del personale, epidemiologia, promozione della salute, problemi infermieristici.

Si presentano per mezzo degli abstract i numeri dell'anno in corso, offrendo ai ricercatori anche la possibilità di consultare per intero le monografie dell'annata precedente e di visionare, attraverso parole chiave, tutti i contributi pubblicati dal 1979 ad oggi su un determinato argomento.

In un momento di gravi difficoltà per il servizio pubblico come quello che si sta attraversando, è importante convocare chi crede ancora nella sua indispensabilità unendo le esperienze e le competenze per riaffermare che il Servizio sanitario, pur con le sue macroscopiche disomogeneità, si colloca al secondo posto, insieme alla Francia, nella qualifica dei servizi sanitari europei più efficienti.

In ogni caso, continua a rappresentare la migliore garanzia per la tutela della salute pubblica, smentendo, alla luce dei fatti, chi sostiene l'utilità di un'assicurazione sanitaria privata, tacendo opportunisticamente sui costi ed i limiti che questa forma di assistenza ha palesato nei paesi in cui è stata adottata.

Facsimile
di lettera per invio contributi scientifici alle case editrici

Nome e Cognome dell'autore
Indirizzo di residenza: via e numero civico
C.A.P., Città e provincia
tel. ……
e-mail ……

lì, …….

Spett.le Redazione
……..(nome rivista)
……...(città della redazione)
……(email della redazione)

Con la presente, si invia un articolo originale da sottoporre alla Vostra attenzione al fine di una eventuale pubblicazione su "……(nome rivista)".

L'Autore trasferisce la proprietà dei diritti di autore nel caso in cui il lavoro

"……..……..(titolo dell'articolo)"

sia pubblicato sul periodico……..(nome rivista). Si dichiara che l'articolo è originale, che non è stato inviato ad altra rivista e non è stato pubblicato. L'Autore accetta implicitamente che il lavoro venga sottoposto in modo anonimo all'esame del Comitato dei referees.

Sperando che l'elaborato possa rispondere nei contenuti e nelle modalità espressive ai requisiti richiesti dalla qualità della rivista, si resta a disposizione per chiarimenti o comunicazioni.

Distinti saluti.

Nome e Cognome dell'autore

BIBLIOGRAFIA

Bartolomei A. e Passera A.L., L'assistente sociale. Manuale di Servizio Sociale professionale, CieRre, Roma, 2005, passim;

Bini L., Documentazione e servizio sociale, Carocci Faber, Roma, 2004, passim;

Castello I., Del Vivo R., L'applicazione del problem solving nel servizio sociale, Università di Genova, Ed. Ersu, 1995, p. 33;

Crisafulli F., Il progetto "Core competence" dell'educatore professionale, in Crisafulli F., Molteni L., Paoletti L., Scarpa P.N., Sambugaro L., Giuliodoro S., (a cura di) Il "core competence" dell'educatore professionale. Linee d'indirizzo per la formazione, Edizioni Unicopli, Milano, 2010, p. 30;

Dal Pra Ponticelli M., Lineamenti di servizio sociale, Astrolabio, Roma, 1987, p. 175;

Dal Pra Ponticelli M., Riflessioni sul servizio sociale oggi, in Rassegna di Servizio Sociale, n. 1, 2009, p. 9;

De Fiore L., Il contesto della comunicazione: autori, editori, lettori, in De Castro P., Guida S., Sagone B.M., (a cura di) Diciamolo chiaramente, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, p. 56;

Devoto G., Oli G.C., voce Documentazione, in Dizionario della lingua italiana, Le Monnier, 1990;

Devoto G., Oli G.C., voce Documento, in Dizionario della lingua italiana, Le Monnier, 1990;

Facchini C., L'attività lavorativa: ruolo dell'organizzazione e centralità dell'utenza, in Facchini C., (a cura di) Tra impegno e professione, Il Mulino, Bologna, 2010, p. 170;

Ferrario F., Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito, Carocci Faber, Roma, 2005, p. 215;

Fiamberti C., La documentazione professionale dall'autoriflessione alla progettualità, in La Rivista di Servizio Sociale, n. 2, 2006, p. 3;

Fortin D., Educatore professionale, tra ruolo e modo di essere, in La Professione Sociale, n. 1, 2009, p. 57;

Genova A., Giombini L., Quagliani A., La valutazione nella pubblica amministrazione: il caso studio dell'ambito territoriale 7 delle Marche, in Genova A., Palazzo F., (a cura di) Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche, Carocci Editore, Roma, 2008, p. 281;

Larocca F., Nei frammenti l'intero. Una pedagogia per la disabilità, Franco Angeli, Milano, 2008, p. 129;

Lyons K., European Platform for Worldwide Social Work, materiali presentati al II° meeting annuale, Olsztyn – Polonia, 2006;

Mari A., Mastropasqua I., Romano R., L'assistente sociale dirigente. Funzioni, responsabilità, prospettive, Carocci Faber, Roma, 2006, p. 31;

Maurizio R., Progettare nel sociale, ed. Fondazione Zancan, Padova, 2004, p. 103;

Merlini F., Bertotti T., Scrivere nel lavoro sociale, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2, 2009, p. 2;

Neve E., Il servizio sociale, Carocci Faber, Roma, 2008, p. 242;

Ossicini Ciolfi T., L'assistente sociale ieri, oggi e domani, in La Rivista di Servizio Sociale, n. 2, 1980, p. 87;

Ricci E., Pedretti R., Parazzini F., Come scrivere un articolo scientifico, in Ricerca e Pratica, n. 4, 1996, p. 160;

Sagone B.M., Come scrivere un testo medico-scientifico, in De Castro P., Guida S., Sagone B.M., (a cura di) Diciamolo chiaramente, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004, p. 86;

Tiberio A., Fortuna F., voce Documentazione, in Dizionario del sociale, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 197;

Tiberio A., Fortuna F., voce Prevenzione, in Dizionario del sociale, Franco Angeli, Milano, 2001, p. 398.

IL CONSULENTE TECNICO D'UFFICIO E CONSULENTE TECNICO DI PARTE (CTU CTP): figure nuove per l'area infermieristica/ostetrica [1]

GIUSEPPE CINELLI*, PAOLO ANTOGNINI**

** Ordine Avvocati Ancona*

*** ASUR Zona Territoriale 7 Ancona Area Infermieristica/Ostetrica CTU Tribunale di Ancona*

[1] estratto pubblicato nel periodico trimestrale "Occhio ai Diritti"

Il Consulente tecnico, di ufficio o di parte (C.T.U.- C.T.P.) è una figura relativamente nuova per l'area infermieristica/ostetrica ed ancora poco presente negli albi dei tribunali anche se negli ultimi anni la formazione professionalizzante o post base ha visto l'incremento di percorsi formativi finalizzati a far acquisire in ambito disciplinare competenze nei diversi settori dell'area etico-deontologica, giuridico-forense e medico-legale, allo scopo di rispondere a una sempre più crescente esigenza professionale, organizzativa, giuridica ed amministrativa.
Nel nostro specifico campo la materia è in continua evoluzione.
Alla figura di C.T. è richiesta una profonda conoscenza /competenza sia nell'ambito della relativa dottrina giuridica che nella specifica area professionale declinata nei diversi settori ed ambiti lavorativi. I Consulenti Tecnici d'Ufficio, quali ausiliari del giudice nominati su sua iniziativa o dietro impulso della parte, sono iscritti - dopo una procedura di autorizzazione ed accertamento professionale - all'interno di specifici Albi suddivisi per categorie (ad esempio: architetti, ingegneri, infermiere ecc) tenuti dai tribunali così come previsto dall'art.13 delle Disposizione di Attuazione del c.p.c.. Il comma terzo di detta norma precisa che : " Debbono sempre essere comprese nell'albo le categorie: 1) medico-chirurgica; 2) industriale, 3) commerciale, 4) agricola, 5) bancaria, 6) assicurativa". Ciò non toglie, soprattutto in materia penale, che il giudice possa nominare anche persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina.
Il giudice, che resta *perito peritorum* e che può quindi anche discostarsi dai rilievi e conclusioni del consulente, si può affidare ad un esperto per approfondire gli aspetti tecnici di questioni vertenti su materie che esulano dalla sua esperienza.
E' da precisare che con la richiesta consulenza tecnica di ufficio la parte non può sostituire l'onere a suo carico della prova: il CTU può essere chiamato a verificare, esaminare e ispezionare ciò che la parte ha già dedotto e provato in giudizio ma non ci si può servire del CTU per acquisire al processo prove a proprio favore senza aver dimostrato, provato, il proprio diritto: " Chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento" (Art. 2697 c.c., primo comma).
Avvertito degli obblighi e delle responsabilità previste dalla legge, il CTU compie i necessari accertamenti, sempre nei limiti della documentazione prodotta dalle parti e di quanto indicato dal giudice e risponde ai quesiti postigli dal giudice. Delle indagini del CTU si forma processo verbale, quando sono compiute con l'intervento del giudice istruttore, ma questi può anche disporre che il consulente rediga relazione scritta (art.195 cpc). Di solito il consulente redige la perizia che viene acquisita agli atti della causa e il CTU può anche essere chiamato a presenziare all'udienza per sentirsi porre ulteriori quesiti, dare spiegazioni alle parti processuali sulla perizia e sulla sua attività.
Il Consulente Tecnico d'Ufficio opera prestando particolarmente attenzione a garantire la propria imparzialità nei confronti delle parti alle quali deve consentire - in ogni momento - il contradditorio. È soggetto, inoltre, a tutti i limiti di garanzia del giusto processo ai quali è sottoposto il giudice e può quindi utilizzare esclusivamente la propria esperienza e capacità e la documentazione contenuta nel fascicolo, limitandosi a rispondere ai quesiti posti dal giudice stesso. A tal fine può essere autorizzato dal giudice a prendere visione degli atti, dei documenti e delle cose prodotte dalle parti o comunque acquisite al fascicolo dibattimentale. Non va da ultimo sottaciuto che il CTU, in alcuni casi ed in ambito civilistico, ha la possibilità di far raggiungere un accordo transattivo fra le parti in causa, verbalizzando il tutto in un accordo che la legge riconosce come titolo esecutivo. Il novellato art. 195 c.p.c. precisa e

formalizza le incombenze cui è tenuto il CTU, incombenze finalizzate al coinvolgimento delle parti e ciò anche al fine di contenere i tempi processuali.
La consulenza tecnica può anche prevedere l'intervento di altri professionisti che svolgono la propria opera non tanto per il giudice quanto per le parti in causa: il loro ruolo è detto Consulente Tecnico di Parte (CTP). Il Consulente Tecnico di Parte non è altro che un libero professionista, di regola operante in un determinato campo tecnico/scientifico, al quale una parte in causa -attuale o potenziale- conferisce un incarico peritale in quanto ritiene l'incaricato esperto in uno specifico settore. In sostanza se un soggetto è coinvolto in una causa pendente o intende intraprenderne una - incarica una persona di propria fiducia, il consulente di parte appunto, affinché questa affianchi il Consulente Tecnico nominato dal giudice nell'esecuzione del suo incarico e svolga le proprie osservazioni a supporto o critica del risultato al quale il perito del giudice sarà giunto. L'intervento dei consulenti di parte alle udienze ed, in genere, alle operazioni svolte dal CTU è di regola previsto dalla legge come una semplice facoltà, in quanto opera nell'esclusivo interesse della parte che intende farsi assistere dal perito, e non come un obbligo. Al contrario del Consulente Tecnico d'Ufficio nominato dal giudice, il perito di parte non deve neppure prestare giuramento, come avviene per i CTU in una apposita udienza, e non è tenuto a motivare il rifiuto di un incarico perché tutto ciò rientra nelle sue piene facoltà. È altresì esonerato da qualsiasi obbligo di cooperazione o quant'altro nei confronti dell'autorità giudiziaria, obblighi ai quali invece è sottoposto il CTU, al di fuori del divieto di ostacolare illegittimamente l'attività del consulente del giudice.

Per completezza s'integra quanto scritto con i contenuti degli articoli più significativi presenti: nel Codice di Procedura Penale "mezzi di prova" perizia art. 220. Oggetto della perizia. 1. La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche. 2. Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitualità o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche.

Art. 221. Nomina del perito. 1. Il giudice nomina il perito scegliendolo tra gli iscritti negli appositi albi o tra persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina. Quando la perizia è dichiarata nulla, il giudice cura, ove possibile, che il nuovo incarico sia affidato ad altro perito.2. Il giudice affida l'espletamento della perizia a più persone quando le indagini e le valutazioni risultano di notevole complessità ovvero richiedono distinte conoscenze in differenti discipline.3. Il perito ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, salvo che ricorra uno dei motivi di astensione previsti dall'articolo 36.

Art. 222. Incapacità e incompatibilità del perito. 1. Non può prestare ufficio di perito, a pena di nullità:a) il minorenne, l'interdetto, l'inabilitato e chi è affetto da infermità di mente;b) chi è interdetto anche temporaneamente dai pubblici uffici ovvero è interdetto o sospeso dall'esercizio di una professione o di un'arte;c) chi è sottoposto a misure di sicurezza personali o a misure di prevenzione ;d) chi non può essere assunto come testimone o ha facoltà di astenersi dal testimoniare o chi è chiamato a prestare ufficio di testimone o di interprete;e) chi è stato nominato consulente tecnico nello stesso procedimento o in un procedimento connesso.

Art. 223. Astensione e ricusazione del perito. 1. Quando esiste un motivo di astensione, il perito ha l'obbligo di dichiararlo. 2. Il perito può essere ricusato dalle parti nei casi previsti dall'articolo 36 a eccezione di quello previsto dal comma 1 lettera h) del medesimo articolo. 3. La dichiarazione di astensione o di ricusazione può essere presentata fino a che non siano esaurite le formalità di conferimento dell'incarico e, quando si tratti di motivi sopravvenuti ovvero conosciuti successivamente, prima che il perito abbia dato il proprio parere.4. Sulla dichiarazione di astensione o di ricusazione decide, con ordinanza, il giudice che ha disposto la perizia.5. Si osservano, in quanto applicabili, le norme sulla ricusazione del giudice.

Art. 224. Provvedimenti del giudice. 1. Il giudice dispone anche di ufficio la perizia con ordinanza motivata, contenente la nomina del perito, la sommaria enunciazione dell'oggetto delle indagini, l'indicazione del giorno, dell'ora e del luogo fissati per la comparizione del perito.2. Il giudice dispone la citazione del perito e dà gli opportuni provvedimenti per la comparizione delle persone sottoposte all'esame del perito. Adotta tutti gli altri provvedimenti che si rendono necessari per l'esecuzione delle operazioni peritali.

Art. 225. Nomina del consulente tecnico. 1. Disposta la perizia, il pubblico ministero e le parti private hanno facoltà di nominare propri consulenti tecnici in numero non superiore, per ciascuna parte, a quello dei periti.2. Le parti private, nei casi e alle condizioni previste dalla legge sul patrocinio statale dei non abbienti, hanno diritto di farsi assistere da un consulente tecnico a spese dello Stato.3. Non può essere nominato consulente tecnico chi si trova nelle condizioni indicate nell'articolo 222 comma 1 lettere a), b), c), d).

Art. 226.Conferimento dell'incarico. 1. Il giudice, accertate le generalità del perito, gli chiede se si trova in una delle condizioni previste dagli articoli 222 e 223, lo avverte degli obblighi e delle responsabilità previste dalla legge penale e lo invita a rendere la seguente dichiarazione: «consapevole della responsabilità morale e giuridica che assumo nello svolgimento dell'incarico, mi impegno ad adempiere al mio ufficio senza altro scopo che quello di far conoscere la verità e a mantenere il segreto su tutte le operazioni peritali».2. Il giudice formula quindi i quesiti, sentiti il perito, i consulenti tecnici, il pubblico ministero e i difensori presenti.

Art. 227.Relazione peritale. 1. Concluse le formalità di conferimento dell'incarico, il perito procede immediatamente ai necessari accertamenti e risponde ai quesiti con parere raccolto nel verbale.2. Se, per la complessità dei quesiti, il perito non ritiene di poter dare immediata risposta, può chiedere un termine al giudice.3. Quando non ritiene di concedere il termine, il giudice provvede alla sostituzione del perito; altrimenti fissa la data, non oltre novanta giorni, nella quale il perito stesso dovrà rispondere ai quesiti e dispone perché ne venga data comunicazione alle parti e ai consulenti tecnici.4. Quando risultano necessari accertamenti di particolare complessità, il termine può essere prorogato dal giudice, su richiesta motivata del perito, anche più volte per periodi non superiori a trenta giorni. In ogni caso, il termine per la risposta ai quesiti, anche se prorogato, non può superare i sei mesi.5. Qualora sia indispensabile illustrare con note scritte il parere, il perito può chiedere al giudice di essere autorizzato a presentare, nel termine stabilito a norma dei commi 3 e 4, relazione scritta.

Art. 228.Attività del perito. 1. Il perito procede alle operazioni necessarie per rispondere ai quesiti. A tal fine può essere autorizzato dal giudice a prendere visione degli atti, dei documenti e delle cose prodotti dalle parti dei quali la legge prevede l'acquisizione al fascicolo per il dibattimento. 2. Il perito può essere inoltre autorizzato ad assistere all'esame delle parti e all'assunzione di prove nonché a servirsi di ausiliari di sua fiducia per lo svolgimento di attività materiali non implicanti apprezzamenti e valutazioni. 3 Qualora, ai fini dello svolgimento dell'incarico, il perito richieda notizie all'imputato, alla persona offesa o ad altre persone, gli elementi in tal modo acquisiti possono essere utilizzati solo ai fini dell'accertamento peritale. 4. Quando le operazioni peritali si svolgono senza la presenza del giudice e sorgono questioni relative ai poteri del perito e ai limiti dell'incarico, la decisione è rimessa al giudice, senza che ciò importi sospensione delle operazioni stesse.

Art. 229. Comunicazioni relative alle operazioni peritali. 1. Il perito indica il giorno, l'ora e il luogo in cui inizierà le operazioni peritali e il giudice ne fa dare atto nel verbale. 2. Della eventuale continuazione delle operazioni peritali il perito dà comunicazione senza formalità alle parti presenti.

Art. 230.Attività dei consulenti tecnici. 1. I consulenti tecnici possono assistere al conferimento dell'incarico al perito e presentare al giudice richieste, osservazioni e riserve, delle quali è fatta menzione nel verbale. 2. Essi possono partecipare alle operazioni peritali, proponendo al perito specifiche indagini e formulando osservazioni e riserve, delle quali deve darsi atto nella relazione. 3. Se sono nominati

dopo l'esaurimento delle operazioni peritali, i consulenti tecnici possono esaminare le relazioni e richiedere al giudice di essere autorizzati a esaminare la persona, la cosa e il luogo oggetto della perizia.4. La nomina dei consulenti tecnici e lo svolgimento della loro attività non può ritardare l'esecuzione della perizia e il compimento delle altre attività processuali.

Art. 231. Sostituzione del perito. 1. Il perito può essere sostituito se non fornisce il proprio parere nel termine fissato o se la richiesta di proroga non è accolta ovvero se svolge negligentemente l'incarico affidatogli. 2. Il giudice, sentito il perito, provvede con ordinanza alla sua sostituzione, salvo che il ritardo o l'inadempimento sia dipeso da cause a lui non imputabili. Copia dell'ordinanza è trasmessa all'ordine o al collegio cui appartiene il perito. 3. Il perito sostituito, dopo essere stato citato a comparire per discolparsi, può essere condannato dal giudice al pagamento a favore della cassa delle ammende di una somma da euro 154 a euro 1.549. 4. Il perito è altresì sostituito quando è accolta la dichiarazione di astensione o di ricusazione. 5. Il perito sostituito deve mettere immediatamente a disposizione del giudice la documentazione e i risultati delle operazioni peritali già compiute.

Art. 232. Liquidazione del compenso al perito. 1. Il compenso al perito è liquidato con decreto del giudice che ha disposto la perizia, secondo le norme delle leggi speciali.

Art. 233. Consulenza tecnica fuori dei casi di perizia. 1. Quando non è stata disposta perizia, ciascuna parte può nominare, in numero non superiore a due, propri consulenti tecnici. Questi possono esporre al giudice il proprio parere, anche presentando memorie a norma dell'articolo 121. 1-bis. Il giudice, a richiesta del difensore, può autorizzare il consulente tecnico di una parte privata ad esaminare le cose sequestrate nel luogo in cui esse si trovano, ad intervenire alle ispezioni, ovvero ad esaminare l'oggetto delle ispezioni alle quali il consulente non è intervenuto. Prima dell'esercizio dell'azione penale l'autorizzazione è disposta dal pubblico ministero a richiesta del difensore. Contro il decreto che respinge la richiesta il difensore può proporre opposizione al giudice, che provvede nelle forme di cui all'articolo 127. 1-ter. L'autorità giudiziaria impartisce le prescrizioni necessarie per la conservazione dello stato originario delle cose e dei luoghi e per il rispetto delle persone. 2. Qualora, successivamente alla nomina del consulente tecnico, sia disposta perizia, ai consulenti tecnici già nominati sono riconosciuti i diritti e le facoltà previsti dall'articolo 230, salvo il limite previsto dall'articolo 225 comma 1. 3. Si applica la disposizione dell'articolo 225 comma 3 di Procedura Civile :Libro primo: Titolo I: Capo III: del consulente tecnico, del custode e degli altri ausiliari del giudice (**per quanto riguarda lo specifico del CT artt. da 61 a 64) ;** Libro II, Titolo I ,Capo II, Sezione III, paragrafo 1 della nomina e delle indagini del consulente tecnico, **artt. da 191 a 201.** Disposizioni di attuazione del c.p.c. Titolo II Capo II, Sezione I **artt. da 13 a 23,** Titolo III, Capo II, Sezione II **artt. da 89 a 92.-**

Art. 61 *(Consulente tecnico)* Quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica. La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione al presente codice.

Art. 62 *(Attività del consulente)* Il consulente compie le indagini che gli sono commesse dal giudice e fornisce, in udienza e in camera di consiglio, i chiarimenti che il giudice gli richiede a norma degli articoli 194 e seguenti, e degli articoli 441 e 463.

Art. 63 *(Obbligo di assumere l'incarico e ricusazione del consulente)* Il consulente scelto tra gli iscritti in un albo ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione. Il consulente può essere ricusato dalle parti per i motivi indicati nell'art. 51. Della ricusazione del consulente conosce il giudice che l'ha nominato.

Art. 64 *(Responsabilità del consulente)* Si applicano al consulente tecnico le disposizioni del codice penale relative ai periti. In ogni caso, il consulente tecnico che incorre in colpa grave nell'esecuzione degli atti

che gli sono richiesti, è punito con l'arresto fino a un anno o con l'ammenda fino a lire venti milioni. Si applica l'art. 35 del codice penale. In ogni caso è dovuto il risarcimento dei danni causati alle parti.

La materia è altresì trattata nel Libro II, Titolo I ,Capo II, Sezione III,paragrafo 1 dello stesso c.p.c., artt. Da 191 a 201. E' da sottolineare che la legge n. 69/2009 ha introdotto significative modifiche in materia sia relative alla nomina del CTU (consulente tecnico d'ufficio) e che alle modalità di espletamento della sua attività Oggi il testo degli articoli è il seguente :

Articolo 191 (Nomina del consulente tecnico): Nei casi previsti dagli articoli 61 e seguenti il giudice istruttore, con ordinanza ai sensi dell'articolo 183, settimo comma, o con altra successiva ordinanza, nomina un consulente, formula i quesiti e fissa l'udienza nella quale il consulente deve comparire. Possono essere nominati più consulenti soltanto in caso di grave necessità o quando la legge espressamente lo dispone. (testo precedente: Articolo 191 - Nomina del consulente tecnico. Nei casi di cui agli articoli 61 e seguenti il giudice istruttore, con l'ordinanza prevista nell'articolo 187, ultimo comma, o con altra successiva, nomina un consulente tecnico e fissa l'udienza nella quale questi deve comparire. Possono essere nominati più consulenti soltanto in caso di grave necessità o quando la legge espressamente lo dispone.)

Art.192:(Astenzione e ricusazione del consulente): L'ordinanza è notificata al consulente tecnico a cura del cancelliere, con invito a comparire all'udienza fissata dal giudice. Il consulente che non ritiene di accettare l'incarico o quello che, obbligato a prestare il suo ufficio, intende astenersi, deve farne denuncia o istanza al giudice che lo ha nominato almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione; nello stesso termine le parti debbono proporre le istanze di ricusazione, depositando nella cancelleria, ricorso al giudice istruttore. Questi provvede con ordinanza non impugnabile.

Art. 193 (giuramento del consulente): All'udienza di comparizione il giudice istruttore ricorda al consulente l'importanza delle funzioni che è chiamato ad adempier, e ne riceve il giuramento di bene e fedelmente adempiere le funzioni affidategli al solo scopo di fare conoscere ai giudici la verità.

Art. 194 (attività del consulente): Il consulente tecnico assiste alle udienze alle quali è invitato dal giudice istruttore; compie, anche fuori dalla circoscrizione giudiziaria, le indagini di cui all'art. 62, da sé solo o insieme con il giudice secondo che questi ne dispone. Può essere autorizzato a domandare chiarimenti alle parti, ad assumere informazioni da terzi, e a eseguire piante, calchi e rilievi. Anche quando il giudice dispone che il consulente compie indagini da sé solo, le parti possono intervenire alle operazioni in persona e a mezzo dei propri consulenti tecnici e dei difensori, e possono prestare al consulente, per iscritto o a voce, osservazioni e istanze.

Art. 195 (processo verbale e relazione) : Delle indagini del consulente si forma processo verbale, quando sono compiute con l'intervento del giudice istruttore, ma questi può anche disporre che il consulente rediga relazione scritta. Se le indagini sono compiute senza l'intervento del giudice, il consulente deve farne relazione, nella quale inserisce anche le osservazioni e le istanze delle parti. La relazione deve essere trasmessa dal consulente alle parti costituite nel termine stabilito dal giudice con ordinanza resa all'udienza di cui all'art. 193. Con la medesima ordinanza il giudice fissa il termine entro il quale le parti devono trasmettere al consulente le proprie osservazioni sulla relazione e il termine, anteriore alla successiva udienza, entro il quale il consulente deve depositare in cancelleria la relazione, le osservazioni delle parti e una sintetica valutazione sulle stesse.

Art. 196 (rinnovazione delle indagini e sostituzione del consulente): IL giudice ha sempr la facoltà di disporre la rinnovazione delle indagini e , per gravi motive, la sostituzione del consulente tecnico.

Art. 197 (assistenza all'udienza e audizione in camera di consiglio): Quando lo ritiene opportuno il Presidente invita il consulente tecnico ad assistere alla discussione avanti al collegio ed a esprimere il

suo parere in camera di consiglio in presenza delle parti, le quali possono chiarire e svolgere le loro ragioni per mezzo dei difensori.

Art. 198 (esame contabile): Quando è necessario esaminare documenti contabili e registri, il giudice istruttore può darne incarico al consulente tecnico, affidandogli il compito di tentare la cnciliazione delle parti. Il consulente sente le parti e previo consenso di tutte, può esaminare anche documenti e registri non prodotti in causa. Di essi tuttavia, senza il consenso di tutte le parti, non può fare menzione nei processi verbali o nella relazione di cui all'art. 195.

Art. 199 (processo verbale di conciliazione): Se le parti si conciliano, si redige processo verbale di conciliazione che è sottoscritto dalle parti e dal consulente tecnico e inserito nel fascicolo d'ufficio. Il giudice istruttore attribuisce con decreto efficacia di titolo esecutivo al processo verbale.

Art. 200 (mancata conciliazione) Se la conciliazione delle parti non riesce, il cnsulente espone I risultati delle indagini compiute e il suo parere in una relazione, che deposita in cancelleria nel termine fissato dal giudice istruttore. Le dichiarazioni delle parti, riportate dal consulente nella relazione, possono essere valutate dal giudice a norma dell'art. 116 2° comma

Il nuovo art. 23 disp. att. cpc: Articolo 23 disp att - Vigilanza sulla distribuzione degli incarichi. Il presidente del tribunale vigila affinché, senza danno per l'amministrazione della giustizia, gli incarichi siano equamente distribuiti tra gli iscritti nell'albo in modo tale che a nessuno dei consulenti iscritti possano essere conferiti incarichi in misura superiore al 10 per cento di quelli affidati dall'ufficio, e garantisce che sia assicurata l'adeguata trasparenza del conferimento degli incarichi anche a mezzo di strumenti informatici. Per l'attuazione di tale vigilanza il presidente fa tenere dal cancelliere un registro in cui debbono essere annotati tutti gli incarichi che i consulenti iscritti ricevono e i compensi liquidati da ciascun giudice. Questi deve dare notizia degli incarichi dati e dei compensi liquidati al presidente del tribunale presso il quale il consulente è iscritto. Il primo presidente della corte d'appello esercita la vigilanza prevista nel primo comma per gli incarichi che vengono affidati dalla corte.

LE PROFESSIONI DI AIUTO LUNGO LA PROSPETTIVA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.

GIORDANO COTICHELLI

Assistente Sociale ed Infermiere Professionale, Dottorando in epidemiologia e sociologia delle disuguaglianze di salute, Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Medicina, Ancona

Introduzione

L'integrazione socio-sanitaria ormai da tempo è una presenza costante nelle linee strategiche ed operative dei Piani Sanitari (e di quelli Sociali) Nazionali, come espressione della necessità di creare percorsi integrati di diagnosi e cura dove il processo di aiuto messo in atto possa rispondere il più possibile in maniera equa, efficace ed efficiente ai bisogni. Fra le varie figure dell'assistenza chiamate in causa sicuramente si ritrovano Assistenti Sociali ed Infermieri per il loro ruolo professionale di presa in carico e di assistenza, e per la loro presenza pressoché in tutti i servizi. Per tali ragioni in questo lavoro verranno prese in esame le due figure professionali, che presentano sia nei modelli di costruzione del processo di aiuto, a livello sociale e sanitario, sia nei relativi percorsi professionali evolutivi e formativi con molti punti in comune. Infermieri ed Assistenti Sociali sono il prodotto della costruzione di un sistema assistenziale che, a partire dal XIX secolo, in risposta alla progressiva scomparsa delle reti familiari e comunitarie di sostegno, costruiva un welfare rigidamente suddiviso per aree di intervento, stigmatizzante a seconda del disturbo o del disagio espresso, della malattia o della fragilità sociale manifestata. Entrambe le professioni sono state considerate per molto tempo sussidiarie nei confronti di altre, connotate da sex-typing lavorativo e racchiuse entro gli stretti limiti teorici di una costruzione del processo di aiuto categorizzante che considerava l'utenza come oggetto dell'intervento. Di conseguenza il venir meno di un modello di welfare categorizzante, ha permesso un'accelerazione del processo evolutivo professionale, dando loro maggior autonomia, responsabilità e progettualità ed inserendole in un percorso accademico indispensabile per la formazione e la ricerca, irrinunciabile per l'operatività e l'identità dei professionisti ed il progresso scientifico delle rispettive discipline. Partendo da questi presupposti, si è fatto un lavoro di ricerca, a partire dai luoghi della formazione e del lavoro, le due professioni.

La ricerca

Il lavoro è nato per la tesi di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, presso l'Università Politecnica delle Marche e si è sviluppato lungo un arco temporale che va dall'ottobre 2006 all'aprile 2007, realizzandosi presso il Distretto Sanitario della Z.T. n. 5 di Jesi dell'ASUR-Marche, il Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, in collaborazione col il Dipartimento di Scienze Sociali della Facoltà di Economia di Ancona. Nelle strutture territoriali si sono esplorate le caratteristiche tecniche e relazionali dell'operatività quotidiana, mentre a livello universitario si è voluto conoscere sul piano formativo il livello reciproco di conoscenza delle due figure, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti dei rispettivi corsi di laurea triennale (Infermieristica e Servizio Sociale) del 3° anno, con la consapevolezza che l'integrazione nasce proprio dai luoghi della formazione dove si costruisce l'identità professionale propria e dell'Altro. Gli strumenti utilizzati sono stati:

- un questionario validato, secondo le indicazioni presenti in letteratura (Bosco, 2004), somministrato agli studenti e composto da 20 domande, utili ad esplorare il grado di conoscenza reciproca delle due figure professionali in tema di discipline comuni di studio, aree di intervento, stereotipi;

- l'osservazione partecipata, che si è realizzata presso il Centro di Salute Mentale di Jesi per un periodo di tempo di circa due mesi, venendo a contatto con la quotidianità del lavoro ambulatoriale, quello sul territorio, l'organizzazione del servizio, i rapporti e le relazioni con i servizi distrettuali ed ospedalieri, le istituzioni locali e l'area del terzo settore;

- le interviste fatte, in ospedale e nei servizi distrettuali della Z.T. n. 5 di Jesi ad operatori (Infermieri ed Assistenti sociali) , coordinatori e dirigenti medici per un totale di 12 testimoni privilegiati, utilizzando un modello di intervista semi-strutturata composto da 21 domande aperte.

I risultati: la formazione, l'intervento, l'equipe.

Gli strumenti di ricerca utilizzati hanno evidenziato, in relazione all'integrazione sociosanitaria fra professionisti dell'aiuto, tre aree principali : la formazione, la dimensione dell'intervento e l'equipe di lavoro.
I risultati ottenuti in relazione alla formazione indicano che, nonostante il percorso formativo preso in esame sia nelle sue ultime fasi (il 3° Anno di Corso di Laurea), alcuni stereotipi, relativi al genere ed alla professione, sono ancora in una certa misura presenti. Il professionista mediamente viene percepito come legato a strutture tipiche: infermiere-ospedale, assistente sociale–Comune. Ciò nonostante il questionario ha permesso di rilevare un buon grado di conoscenza reciproca, ma ancora non del tutto funzionale ad essere implementato nell'operatività della propria quotidianità lavorativa. E' da sottolineare il fatto che molte figure professionali del sistema dei servizi vengono proprio conosciute per la prima volta a partire dai luoghi della formazione in quanto insegnano le discipline relative alle professionalità che esse stesse rappresentano. Un fatto che dovrebbe valere anche per gli infermieri e gli assistenti sociali, due professioni unite da una stessa dimensione integrata dell'intervento assistenziale, nella consapevolezza che i processi informativi e cognitivi sono legati da un lato alle specificità tecniche della singola professione, dall'altro a tutti quegli elementi culturali e disciplinari che fuoriescono da schematismi didattici e costruiscono una dimensione variegata e globale della conoscenza. Proprio questi elementi si rivelano utili nello sviluppare capacità di confronto e di incontro, visioni e percezioni che facilitano l'integrazione.
L'osservazione partecipata svolta presso il Centro di Salute mentale di Jesi ha messo in luce che rapportarsi con problematiche complesse, come quelle del disagio mentale, impone una visione globale che non solo può favorire l'incontro fra diverse professionalità, ma trasforma e conduce le singole competenze verso la rottura di schematismi, proiettandole verso una dimensione integrata e di gruppo, funzionale alla costruzione degli interventi. La condivisione di spazi, lavori e situazioni può favorire la riduzione delle barriere disciplinari, gerarchiche e personali, sviluppando un senso di appartenenza e favorire la partecipazione comune di tutti gli attori del sistema. Inoltre si è visto che in situazioni di urgenza si producono più facilmente risposte integrate con altri servizi, dato che la direttività che si viene a creare difficilmente permane a causa proprio della dimensione composita dell'utenza che non favorisce il riprodursi di rigidità varie.
In tutto ciò ovviamente devono essere presi in considerazione altri due fattori. Il primo legato alla dimensione territoriale del servizio, il cui operato si esplica e si diffonde in ambiti e situazioni diversissime fra loro dal domicilio all'ambulatorio, dalla corsia all'ufficio comunale. Questi, a loro volta, si presentano in modo mutevole a seconda del contesto, dell'utenza e dei professionisti coinvolti. E' un fatto che caratterizza quasi tutti i servizi territoriali, e in misura maggiore quelli che appaiono di più vecchia costituzione e problematicità di intervento, come nel caso del Centro di Salute Mentale e del Servizio Territoriale per le Dipendenza Patologiche. Il dato rilevante dell'osservazione non è legato alla dimensione generica di un *lavoro di gruppo* portato avanti da un servizio, come può essere in genere quello presente in ambito sanitario, men che meno una dimensione volontaristica di auto-aiuto, ma rappresenta il tipico *gruppo di lavoro* che trova la sua miglior espressione nell'equipe multidisciplinare, che condivide spazi e strumenti, costruisce una "mentalità" comune, integra ambiti professionali e competenze differenti, al suo interno, fra gli operatori, e verso gli altri servizi costruendo quelle premesse necessarie ad un lavoro di rete, fondamentale per ogni intervento sul territorio.

Il gruppo di lavoro è la risultante finale dell'incontro fra conoscenze e operatività. Si basa su un senso comune di appartenenza, al servizio, di condivisione di un problema, di partecipazione reale alla costruzione di un intervento. Condivisione anche, come si è potuto appurare tramite l'osservazione partecipata, di spazi e di situazioni, possibilità e necessità di non rimanere da soli e di confrontarsi con l'altro, fuori dai luoghi istituzionali (riunioni settimanali), ma nella quotidianità della pratica, e quindi di quelle relazioni e di quelle azioni informali che nella strutturazione e nell'organizzazione del servizio dovrebbero trovare strumenti di potenziamento e non ostacoli categorizzanti. Non sempre far parte di un gruppo significa essere gruppo, riuscire a spezzare la dimensione individualistica delle singole professionalità, ma questo può essere superato proprio dalla partecipazione reale dei membri di una equipe alla costruzione degli interventi, alla condivisione dei problemi, al fine di sviluppare un senso identitario di appartenenza al servizio.

Un quadro d'insieme

Quanto detto delinea un quadro di fondo della situazione attuale dei servizi presi in considerazione e, se vogliamo, più in generale del sistema degli interventi nel nostro paese. Le specifiche dimensioni formative ed operative delle due professioni prese in esame hanno evidenziato tre elementi di fondo (formazione, dimensione dell'intervento e equipe di lavoro) che risultano centrali lungo la prospettiva strategica della costruzione dell'integrazione socio-sanitaria, e costituiscono proprio il terreno per capire in che termini e modi essa si realizza. In altre parole introducono al concetto di valutazione, che *…permette di selezionare, respingere, organizzare, discriminare, associare, classificare, analizzare, raccogliere, elaborare, costruire ed è stata definita un percorso di costruzione dotato di significato* (De Ambrogio, 2003, p. 30).
L'ultima frase della citazione è la chiave interpretativa della valutazione considerata come strumento funzionale a gestire il cambiamento inteso non solo come momentaneo passaggio o riformulazione gestionale, ma come vera e propria assunzione teorica da implementare all'interno di una visione organizzativa dinamica funzionale a rispondere e ad adattarsi alle complessità sistemiche dei bisogni sociali. Il primo passo da fare parte proprio dalla formazione. Questa rappresenta la dimensione del sapere sulla quale viene costruita l'identità stessa di una professione e dalla quale si originano poi le dimensioni del saper essere e del saper fare. Nei corsi di laurea triennali non solo inizia la strutturazione della propria identità professionale, del proprio Sé, ma anche la conoscenza dell'Altro, inteso come utente ed inteso come professionista diverso da Noi. Molto spesso ciò viene veicolato dalla relazione diretta che nasce con il docente di discipline diverse da quelle dominanti l'indirizzo del corso, o con altre figure professionali conosciute durante i periodi di tirocinio. In sostanza far conoscere il mondo sanitario, agli Assistenti sociali, anche attraverso gli occhi degli infermieri, e far conoscere il servizio sociale agli Infermieri a partire dagli Assistenti sociali può avvicinare le due differenti professioni coinvolte nell'assistenza.
Qualcosa di simile, sotto altri aspetti già esiste, ed è in riferimento ai Corsi di Formazione organizzati da poco meno di un decennio per il personale di supporto nella figura dell'O.S.S.[74].
Il punto centrale però della formazione rimane che essa deve essere veicolo di avvicinamento e conoscenza reciproca per le due professioni principalmente coinvolte nell'assistenza. Bisogna ricordare che il processo assistenziale degli infermieri, denominato *nursing*, nasce dal modello del *problem solving* sviluppato precedentemente nell'attività degli Assistenti sociali, di conseguenza un "saper fare" comune è già presente, come riuscire però a renderlo maggiormente condiviso e interagente è il quesito cui rispondere. In questo caso non bisogna cercare o inventare chissà quale formula o soluzione speciale, ma può essere utile mettere semplicemente in maggior rilievo metodologie già presenti. Ad esempio può essere preso in considerazione il metodo PDCA[75], che attualmente viene maggiormente insegnato e praticato in relazione alla dimensione sanitaria degli interventi, ma trova validità anche per ciò che riguarda gli aspetti sociali dei bisogni della popolazione.

---

[74] Operatore socio-sanitario, figura ausiliaria nuova creata con il D.M. del 18 febbraio del 2000 dall'allora Ministro della Sanità Bindi, funzionale ad essere impiegata in contesti ospedalieri, territoriali, domiciliari, residenziali e comunitari.

[75] Plan, Do, Check, Act: traducibile in pianificazione, attuazione, verifica e sistematizzazione.

E' un metodo circolare, diviso in quattro fasi strettamente correlate fra loro e dove il momento della verifica (*check*) se evidenzia il non raggiungimento dell'obiettivo preposto riporta alla fase precedente, quella del fare (*do*) o addirittura all'inizio del processo, alla pianificazione (*plan*). Le prime tre fasi del modello PDCA sostanzialmente sono già presenti in quelli che sono i diversi processi di aiuto esistenti, sanitario e sociale. E' la parte relativa all'*act*, alla sistematizzazione che acquista una certa importanza per quello che riguarda le questioni relative alla dimensione dell'intervento. Essa prevede la standardizzazione dell'intervento attraverso la messa a punto di procedure e di prassi operative che per altri casi analoghi possano rendere più veloce e affidabile il processo di intervento. In sostanza assume la vera e propria valenza etimologica della parola inglese *act* usata quando assume il significato di legge o decreto, fatto compiuto o norma, di derivazione diretta dal latino *actus*, e sancisce l'acquisizione di una conoscenza, di un fatto, di una pratica che diventa legge, pratica, patrimonio da rispettare, o meglio, condiviso da tutti coloro che ne sono direttamente coinvolti in generale, in particolare gli operatori stessi. Si lega direttamente alla ricerca e all'utilizzo delle evidenze scientifiche, le rende operative e le sistematizza al fine di creare un linguaggio, pratico e teorico, comune e condiviso. La consapevolezza di un comune modo di organizzare gli interventi, porta di conseguenza a riconoscere, nelle reciproche differenze, lo stesso campo di intervento che è quella dimensione globale ed unitaria rappresentata dai bisogni dei singoli e delle comunità.
Dalla creazione di un saper fare comune si può quindi arrivare al saper essere comune, quello che è alla base di qualsiasi equipe di lavoro esistente. Essere portatori di una propria identità professionale che nell'operatività si confronta ed interagisce con altre figure, che non solo si conoscono in quanto tali, ma che vengono riconosciute come parti complementari ed equipollenti di un unico sistema d'aiuto è fondamentale al fine di superare criticità e difficoltà di vario genere. Un'*equipe* di lavoro non è un qualcosa che si costruisce a tavolino, ne tanto meno si può imporre. Si è visto come proprio nell'operatività Infermieri ed Assistenti sociali possano trovare punti di incontro. Si è visto anche come particolari situazioni di difficoltà e di scarsità di risorse possano creare i presupposti per lo sviluppo di un senso di appartenenza al gruppo. Questo però si sviluppa molto lentamente nel tempo, e non sempre in senso positivo. I servizi "storici" analizzati, come il CSM o il STDP, in tema di disagio mentale e dipendenze patologiche, dimostrano, con la loro storia professionale e la loro attività attuale, che non è facile, scontato ed immediato lavorare come equipe e che in questo lungo percorso di maturazione forse un po' troppo spesso è stato fatto affidamento solo sulle capacità individuali e professionali dei singoli professionisti coinvolti. A conferma ulteriore c'è la difficoltà presente dei servizi territoriali, di acquisizione più recente e con un bagaglio esperienziale ancora troppo limitato, per trasformarsi, nelle varie espressioni operative, in equipe socio-sanitarie integrate e partecipate. E' indubbio che riunioni di gruppo, incontri settimanali e audit di vario tipo, hanno una loro funzionalità, ma forse è necessario anche in questo caso trovare ulteriori strumenti di lettura e di intervento codificati.
Un esempio in merito può essere fornito da un tipo di analisi già utilizzato dall'economia aziendale che è il *modello SWOT*[76]. Questo modello parte sostanzialmente dalla condivisione di una chiave di lettura comune di determinate situazioni in cui si ravvisano principalmente i due livelli coinvolti del sistema: quello interno e quello esterno. Nel primo caso si prendono in considerazione sia i punti di forza che quelli di debolezza, in sostanza le risorse ed i limiti dell'equipe di lavoro. Nel secondo caso si analizzano le variabili esterne al sistema, legate alla situazione in oggetto, o ad altri servizi cercando di ravvisarne i potenziali pericoli e le opportunità che si possono produrre. Riuscire ad implementare in una qualsiasi equipe di lavoro quest'ottica operativa comporta sicuramente far entrare in possesso tutti di un codice interpretativo e valutativo delle situazioni vissute, degli interventi pianificati, del lavoro che si deve svolgere. Riuscire ad evidenziare i limiti di un singolo o del gruppo stesso, secondo l'analisi SWOT, consente di fuoriuscire da ottiche colpevolizzanti e conflittuali rendendo tutti partecipi di uno stesso problema. Il limite e la debolezza non si annullano colpevolizzando questa o quella persona o professione, ma assumendole come caratteristiche del gruppo che devono essere in primo luogo conosciute, poi affrontate e possibilmente risolte, giammai negate, svalutate o soggettivizzate.

[76] Strenghts (punti di forza),Weaknesses (punti di debolezza), Opportunities (opportunità) e Threats (minacce)

Conclusioni

Nel sistema dei servizi gli interventi messi in atto non si presentano più come statici, definiti, categorizzanti e relativi ad una singola professione o dimensione dell'aiuto (sanitaria o sociale), ma compositi e complessi. Necessitano di una visione globale ed unitaria nella costruzione dell'assistenza ed impongono l'integrazione delle risorse professionali, umane e ambientali presenti o potenzialmente disponibili. Nelle sue fasi il processo di aiuto sostanzialmente si differenzia di poco nella professione infermieristica ed in quella dell'assistenza sociale. Questo rappresenta un buon punto di partenza per un operare integrato, ma non necessariamente può essere facilmente recepito, compreso e seguito. Entrano in gioco capacità relazionali, legate alla formazione e alla singola dimensione caratteriale dell'operatore, analisi e visioni diverse, difesa del territorio, rigidità, gerarchie. L'urgenza e la direttività degli interventi possono facilitare o meno l'integrazione, permettendo di ricercare nella comune debolezza il confronto con l'altro o, al contrario, cristallizzare l'azione solo in una dimensione di emergenzialità cronica fine a se stessa. Il tutto necessita di tempo e di esperienze, di fallimenti e sconfitte da riformulare ed analizzare, che però costruiscono la base essenziale per la costruzione di una identità professionale condivisa, che, non caso, si è ravvisata maggiormente nei servizi con una più lunga storia operativa, quali il Centro di Salute Mentale o il Servizio Territoriale delle Dipendenze Patologiche, a differenza di tutti quei servizi di "più recente costituzione" (poco più di un decennio), legati all'area della domiciliarità. In definitiva il sapere, il saper fare ed il saper essere di cui sono state analizzate alcune caratteristiche quali la formazione, la dimensione dell'intervento e l'equipe di lavoro, sono le diverse espressioni e componenti del complesso sistema cognitivo e comportamentale che struttura l'universo professionale identitario di un operatore, sociale o sanitario. Si è visto con il presente lavoro che gli aspetti da considerare sono ampi, con particolare attenzione alla formazione, all'intervento e al lavoro d'equipe. Una lettura dinamica ed integrata di questi tre aspetti importanti può essere utile a rendere l'operatore stesso molto più permeabile, aperto e flessibile ad accogliere le diverse istanze del bisogno espresso dall'utente, fuoriuscendo da una visione parcellizzata e stigmatizzante per poter connettere qualsiasi intervento alla tridimensionalità della salute. Sentirsi portatori di una capacità globale di lettura che parte dal proprio Sé professionale ed individuale permette di riconoscere l'Altro, colui con cui lavorare, sia esso professionista o paziente, servizio o famiglia, sistema istituzionale o comunità. Le difficoltà presenti attualmente nel sistema dei servizi vanno superate a livello istituzionale ed economico, mobilitando risorse ed investendo nel futuro, trasformando l'organizzazione e creando sicurezze, coscienze, culture, ma tutto ciò non può prescindere dalla sfera soggettiva di ogni operatore delle professioni di aiuto che deve cercare di assumere su di sé la determinazione di essere parte attiva, interagente e portatrice di valori all'interno di una fase di transizione del welfare in cui i valori di solidarietà sociale, benessere, universalismo, dignità, umanità, autonomia e libertà restano i punti fermi di riferimento di qualsiasi processo di aiuto possa essere messo in atto.

Bibliografia

- Bosco A, *Come si costruisce un questionario*. Roma: Carocci Faber, 2004
- Brizzi L. e Cava F, *L'integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale*, Roma: Carocci Faber, 2004
- Calamandrei C. e Orlandi C, *La dirigenza infermieristica*, Milano: Mc Graw Hill, 2002
- Campanini A.M, *La valutazione nel servizio sociale*, Roma: Carocci Faber, 2006
- Cantarelli M, *Gli infermieri nella ricerca*, Milano: Mc Graw Hill, 2006
- Corbetta P, *Metodologia della ricerca sociale*, Bologna: Il Mulino, 2003
- Dal Pra Ponticelli M, *I modelli teorici del servizio sociale,* Roma: Astrolabio, 1985
- De Ambrogio U, *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, p. 30 Roma: Carocci Faber, 2003
- George JB, *Le Teorie del Nursing*, Torino: UTET, 1985
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina*, Milano: Franco Angeli, 2003
- Lindberg J, Hunter M. e Kruszewski A, *Assistenza infermieristica centrata sulla persona*, Firenze: USES, 1992
- Lusignani M, Mangiacavalli B, Casati M, *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Milano: Masson, 2000
- Neve E, *Il servizio sociale, fondamenti e cultura di una professione,* Roma: Carocci Faber, 2000
- Prandstraller G.P, *Un approccio al nursing e alla professione infermieristica*, Milano: Franco Angeli, 1995
- Sironi C, *Storia dell'assistenza infermieristica*, Roma: NIS, 1991
- Vicarelli G, *Il malessere del welfare*, Napoli: Liguori Editore, 2005
- Zini M. T. e Miodini S, *Il gruppo. Uno strumento di intervento nel sociale*, pp. 94. Roma: Carocci Faber, 1999

LA SALUTE MATERNO INFANTILE: SCENARI E PROSPETTIVE

FRANCO DOLCINI
dirigente medico ASUR Zona 7, già Direttore del POAS Salesi, Ancona

INTRODUZIONE

L'OMS definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solamente come assenza di malattia"; la salute materno infantile si riferisce a una precisa fase della vita con ripercussioni non solo sulla madre e sul neonato, ma anche sul contesto sociale con implicazioni culturali, politiche, economiche. Il livello di qualità della salute materno infantile garantito da un paese è un indice del suo grado di civiltà. Gli indici relativi alla mortalità della donna per cause di parto o alla mortalità infantile entro le prime settimane/primo anno di vita dipendono strettamente dall'efficienza e dall'efficacia dell'organizzazione sanitaria, dalla capacità di un sistema sociale, politico ed economico di garantire il diritto ad una maternità sana e libera, alla crescita e allo sviluppo dei figli. Nel mondo ogni minuto una donna muore per parto e 20 rimangono menomate per le complicanze; inoltre in un anno più di 7 milioni di bambini nascono morti o non superano le quattro settimane di vita. L'OMS ricorda che tali realtà devastanti possono essere radicalmente migliorate innanzitutto garantendo acqua potabile, il livello minimo di calorie giornaliere, l'istruzione elementare, e naturalmente un'assistenza sanitaria di base che ancor prima della presenza del medico garantisca quella di ostetriche, di assistenti sanitarie per le vaccinazioni e le prime cure dei neonati, di infermieri esperti per le prime diagnosi.
Nel mondo occidentale invece il miglioramento del tenore di vita e l'evoluzione delle tecnologie mediche hanno garantito notevoli successi nell'abbattimento della mortalità materna da parto e di quella neonatale/infantile, nella sopravvivenza di nati pretermine gravi (anche dalla 22ma settimana di gestazione), oppure la sconfitta di tante forme di sterilità con le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Ma le stesse scoperte e le più moderne tecniche genetiche, diagnostiche e strumentali in genere, hanno anche posto problemi etici e legali con una velocità superiore alla capacità del sistema sociale, giuridico, culturale, filosofico e religioso di fornire risposte certe o largamente condivise.

La domanda di salute materno infantile è largamente influenzata da una serie di fattori che coinvolgono sia la sfera dell'individuo sia l'organizzazione del sistema sociale. I progressi della ginecologia e della ostetricia hanno come effetto collaterale indotto una progressiva medicalizzazione del parto, inducendo le donne a un maggior numero di visite e di controlli, soprattutto a pagamento, con un aumentato ricorso al taglio cesareo; tale scelta, non sempre giustificata da un punto di vista clinico, è però sostenuta da un presunto senso di maggiore sicurezza, scientificamente non dimostrato, e dall'atteggiamento "difensivo" di alcuni ginecologi per tutelarsi contro le sempre più frequenti richieste di risarcimento nel caso di un insuccesso di una gravidanza o di un parto.

I tempi però sono maturi per una riscoperta della gravidanza fisiologica, con il recupero della naturalità del parto, della professionalità dell'ostetrica, di ambienti a misura di donna come le case della maternità o di reparti ospedalieri dove è garantito l'allattamento al seno, il rooming in, la presenza di familiari.
Questa nuova cultura non può essere sostenuta solo dal mondo ospedaliero che rappresenta l'anello finale del percorso; il processo di educazione, di informazione e formazione deve partire nei consultori dove la donna viene presa in carico dall'inizio della gravidanza e accompagnata, in assenza di complicazioni, al compimento naturale, magari con un parto a domicilio. Questa è solo una delle funzioni del consultorio che deve anche garantire percorsi formativi per la prevenzione delle malattie sessuali, per una maternità e paternità responsabili, prevenzione IGV, dell'abbandono, ecc.
Il consultorio e gli ospedali, integrati in un sistema a rete, devono anche farsi carico del crescente fenomeno dell'immigrazione favorendo l'inserimento nella società delle donne straniere che hanno maggiori difficoltà nel vedere soddisfatta la loro domanda di salute materno infantile, ostacolata da

problemi socioeoconomici e culturali, una situazione che richiede atteggiamenti comprensivi, equi e solidali, sostenuti da interventi efficaci di mediazione interculturale.

Infine l'ospedale materno infantile deve tener conto della specificità della donna e del bambino, garantendo l'effettiva realizzazione di diritti sanciti anche a livello internazionale sull'umanizzazione del ricovero, sull'esigenza di garantire al bambino degenze brevi per quanto possibile e solo se strettamente necessarie, in ambienti resi idonei con progettazioni e arredi specifici a far dimenticare il contesto ospedaliero; le lunghe degenze e le malattie particolarmente impegnative dovrebbero essere mitigate con il supporto psicologico, con la presenza di assistenti sociali e di altre iniziative finalizzate alla riduzione dello stress e dell'ansia, come la clownterapia, la ludoteca, la continuità didattica e il diritto al gioco.
Questi obiettivi sono più facilmente raggiungibili grazie al contributo del mondo del volontariato che negli ultimi anni si è arricchito e diversificato nel garantire supporto all'assistenza, raccolta fondi per donazioni di strumenti, strutture, interventi vari; la presenza delle associazioni è inoltre utile per testimoniare la partecipazione e la vicinanza della società alle problematiche sanitarie e sociali delle donne e dei bambini, senza dimenticare il sostegno solidale ai professionisti sanitari contribuendo a combattere il loro senso di isolamento e di frustrazione derivanti dall'impegno costante contro la malattia e la sofferenza a volte cronica e non superabile.

LA SALUTE MATERNO INFANTILE: un po' di numeri

Le donne al 1 gennaio 2010 (dati Istat) rappresentavano il 51,46% della popolazione italiana per un totale di circa 31 milioni; la percentuale varia in funzione dell'età, passando dal 48,56% per età inferiore a 20 anni al 66,63% sopra gli 80 anni; la vita media femminile risulta essere maggiore di 6 anni rispetto a quella maschile.
Il fenomeno dell'immigrazione sta assumendo connotati sempre più significativi: dal 1990 in 20 anni gli immigrati in Italia sono aumentati di 20 volte; al 1 gennaio 2010 le donne straniere (dati Caritas) superano i 2,5 milioni, oltre il 51% di tutti gli stranieri presenti nel territorio italiano, e quindi costituiscono l'8% della popolazione femminile; nel 2007 il 15,9% dei parti è stato relativo a madri di cittadinanza non italiana, con picchi soprattutto nel centro nord (in Emilia quasi il 25%).

Restringendo il campo al settore materno infantile, dati recenti del Ministero della Salute indicano una costante diminuzione del numero di figli per donna che da 2,41 degli anni '60 è sceso alla metà, 1,25 del 2001, con un modesto recupero per il 2006 (1,35); questo dato oltre a causare l'attuale invecchiamento della popolazione è correlato all'innalzamento dell'età media della madre al primo parto (da 25,7 del 1961 a 31 del 2010 per le donne italiane, 27 per le donne straniere), e dell'età media del parto in genere (32,1 per le donne italiane e 28 per le straniere), con ricadute significative sulla salute delle donne in termini di maggiori rischi nella gestione della gravidanza in età avanzata e di aumentata necessità di controlli e trattamenti per recuperare e mantenere la fertilità.

Un dato sicuramente positivo viene dalla costante e netta diminuzione del tasso di mortalità materna, ossia il numero di decessi per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio ogni 10.000 nati vivi, che è passato da 491 decessi nel 1970 ai 17 del 2003; a questo si aggiunge il tasso di natimortalità che negli ultimi anni è diminuito del 52% e nel 2007 è stato di 2,7 nati morti ogni 1000 nati, con 3417 nati con malformazioni.

La revisione della letteratura in materia di natimortalità ha permesso di individuare come fattori di rischio significativi per il decesso del bambino il già citato aumento dell'età media delle madri, l'abitudine al fumo tra le donne, l'aumento delle donne con sovrappeso o obesità, l'assunzione di elevate quantità di caffeina e alcool; il fumo espone il nascituro a un maggior rischio di riduzione del peso alla nascita, di compromissione della funzione respiratoria oltre a quello del decesso per distacco intempestivo di placenta, per placenta previa, per rottura prematura delle membrane, con un effetto

dose-risposta tra quantità di sigarette e rischio di natimortalità. Da notare che la gravidanza, soprattutto nelle donne laureate e diplomate, induce cambiamenti di stili di vita, come riduzione significativa dei comportamenti alimentari errati e del vizio del fumo, a dimostrazione che l'attenzione alla salute è largamente condizionata dal livello socioeconomico e di istruzione del soggetto.

L'APPROCCIO ALLA DOMANDA DI SALUTE MATERNO INFANTILE

L'approccio di genere

La medicina per secoli non si è posta il problema dell'influenza del genere sull'insorgere e sullo sviluppo di una malattia e degli effetti delle terapie; recentemente invece è maturata l'ipotesi sempre più concreta che uomo e donna siano due sistemi biologici diversi che non rispondono allo stesso modo alle condizioni ambientali, alle cause di patologia, alla somministrazione di farmaci; diverse quindi l'aspettativa di vita, la frequenza e il decorso delle patologie, la rispondenza alle terapie.
Il Comitato nazionale di Bioetica con il parere "La sperimentazione farmacologia sulle donne" ha sottolineato il rischio che i test per i nuovi farmaci non tengano "in sufficiente considerazione la loro specificità e il cambiamento delle condizioni di salute femminile, con un conseguente aumento degli effetti collaterali" ed è ormai assodata l'esigenza di sperimentare nuovi farmaci ma anche molecole già in uso tenendo conto espressamente del genere, arrivando a compilare istruzioni diversificate per sesso.

L'approccio di genere si esplica anche nel perseguire l'obiettivo della concreta presenza della donna nei settori chiave del sistema sociosanitario; la presenza femminile nel Servizio Sanitario Nazionale è pari al 60,9% del totale (Ministero del Welfare, Commissione Salute delle Donne, 2008) ma con diversa distribuzione per ruoli; infatti mentre il 75,5% del comparto delle professioni è rappresentato da donne, la presenza femminile è limitata al 32,2 dei medici con un'ulteriore limitazione che lascia alle donne medico solo l'11% del totale degli incarichi di struttura complessa; si pone pertanto la sfida di dimostrare il valore aggiunto che una donna professionista sanitaria possa apportare al sistema, con una maggiore attenzione alle problematiche di genere già descritte e quindi a una maggiore capacità di intercettare i bisogni di salute materno infantile; ma una presenza femminile maggiore e in ruoli dirigenziali potrebbe anche migliorare il clima delle componenti del sistema, sotto il profilo dell'organizzazione e dei rapporti tra gli operatori, uomini compresi.

Anche da un punto di vista strutturale si può sottolineare un approccio di genere, come per es. il progetto "Ospedale donna" proposto dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (ONDA) che riconosce i "bollini rosa" alle strutture ospedaliere nelle quali si rispettino determinati criteri, dalla presenza di unità operative per patologie femminili specifiche, alla presenza femminile nei vari ruoli, fino al livello massimo riconosciuto per gli ospedali che garantiscono il parto in analgesia, il rooming in, l'allattamento materno ecc.; attualmente nella Regione Marche sono riconosciuti con un numero variabile di Bollini Rosa:

Ospedali della regione Marche	2010	2009	2008	2007
Az. Osp. Riun. Ancona - POAS Salesi			3	
Civitanova marche	2			1
Fano	2			
Jesi		3		
Loreto	3			
Macerata		3		
Osimo	3			
Pesaro		2	1	

S. Benedetto del Tronto	1		
S. Severino Marche		1	
Senigallia			1

L'approccio per età

Collegabile all'approccio di genere è quello per età pediatrica; il bambino non è un piccolo uomo e la sua fisiologia e fisiopatologia rispondono a canoni distinti da quelli dell'uomo maturo, ponendo problemi non ancora risolti per es. per il trattamento farmacologico nelle patologie più gravi quali l'oncologia. I pediatri sono spesso privi di farmaci appositamente studiati per i bambini, non esistono sperimentazioni sui dosaggi e sugli effetti collaterali, esponendo gli operatori a responsabilità medico legali per scelte terapeutiche non approvate ufficialmente; recentemente l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) ha istituito un gruppo di lavoro per analizzare sotto il profilo etico e scientifico la possibilità di promuovere e realizzare studi clinici sui farmaci rivolti ai bambini.
Ma la specificità pediatrica non si ferma all'aspetto biochimico; da anni infatti esiste un'attenzione particolare alle esigenze del bambino in ospedale sotto il profilo psicologico, sociale ed educativo che richiedono interventi specifici nella formazione del personale, nell'organizzazione dei percorsi assistenziali e della stessa struttura ospedaliera. Già dal 1993 è stata adottata la Carta di Each (European Association for Children in Hospital) che riassume in 10 punti i diritti dei bambini in ospedale; la loro applicazione comporta interventi strutturali ed organizzativi, come la funzione di rooming in, la presenza di una ludoteca, di spazi e tecnologie informatiche per assicurare l'attività scolastica in collegamento con le scuole o la propria famiglia; e ancora la separazione dei percorsi per adulti e bambini, ambulatori e sale operatorie specifiche dotate di attrezzature dedicate, personale appositamente preparato. Rispetto a quest'ultimo aspetto degli operatori, è importante ricordare che mentre per la classe medica esiste un percorso di specializzazione pediatrica, con sempre maggiore difficoltà si trovano infermieri pediatrici e altre figure professionali, psicologi, assistenti sociali, che abbiano specifiche preparazioni per l'età infantile; questa è una lacuna che oggi si affronta solo con la preparazione sul campo, dispendiosa in termini economici e temporali, non uniforme, con l'ulteriore difficoltà derivante dall'elevato turn over del personale, soprattutto infermieristico, che pregiudica la presenza di operatori adeguatamente formati e sufficientemente motivati per l'assistenza pediatrica.

I DETERMINANTI DELLA SALUTE MATERNO INFANTILE

Fattori socioeconomici

Le condizioni socioeconomiche della donna rivestono un ruolo importate nel determinare la domanda di salute soprattutto nella sfera materno infantile, condizionando il momento della scelta riproduttiva e le modalità di accesso ai vari servizi connessi.
Una prima valutazione si riferisce all'ingresso della donna nel mondo del lavoro che ha avuto negli ultimi decenni un sensibile aumento senza peraltro raggiungere i livelli di altri paesi europei e con modalità di orario di lavoro e di trattamento economico ancora non pienamente parificati con la realtà degli uomini; la donna infatti con maggiore frequenza ha rapporti di lavoro a part time, ha minori probabilità di accesso ai livelli dirigenziali, ha una carriera lavorativa meno regolare e trattamenti pensionistici meno favorevoli; inoltre l'ingresso della donna nell'ambito produttivo non è stato accompagnato da una contemporanea crescita dei servizi (asili nido, scuole materne, ecc.), causandone la rinuncia oppure il fenomeno della denatalità e l'aumento dell'età per la prima gravidanza.

Un altro determinante socioeconomico è rappresentato dal reddito e dal livello di istruzione; la povertà in Italia è un fattore rilevante se si considera che secondo dati Istat nel 2007 le famiglie in condizioni di povertà relativa erano 2 milioni e 653 mila, l'11,1% delle famiglie residenti, con almeno 500.000 madri

che vivono sole con i figli a carico, con vistose differenze tra Nord e Sud; le Marche avevano un'incidenza di povertà relativamente bassa, il 6,3%. La condizione di povertà è spesso associata a bassi livelli di istruzione e di professionalità e comporta il rischio di escludere i soggetti interessati dai percorsi di formazione e informazione sulla prevenzione, sull'accessibilità alle cure, sulle norme di sicurezza. Secondo un'indagine effettuata dalla Regione Marche nel 2002 sulla valutazione dei servizi del percorso nascita, è emerso che una donna occupata avesse maggiore propensione a partecipare a un corso di preparazione al parto rispetto alle non occupate, e che il divario diventasse tre volte superiore per la donna laureata rispetto alla licenza elementare/media. Tra i percorsi educativi più significativi ricordiamo il "counseling preconcezionale per la prevenzione dei difetti congeniti", la prevenzione della spina bifida con l'assunzione di acido folico prima del concepimento, l'astensione dal fumo e la corretta alimentazione in gravidanza, la promozione dell'allattamento materno, gli screening neonatali (sordità, fibrosi cistica, cecità), la posizione supina nel sonno nel primo anno di vita, l'adozione di sistemi di sicurezza in automobile, le vaccinazioni.

In presenza invece di livelli congrui di censo ed istruzione, esiste il rischio che le persone si sottopongano a un eccesso di esami e interventi non appropriati, non supportati da criteri EBM (Evidence Based Medicine) o da linee guida, ma indotti da un'elevata offerta sostenuta da obiettivi economici o giustificata da atteggiamenti cautelativi (medicina difensiva). Non solo un esame inutile è dispendioso, soprattutto se ad alto contenuto tecnologico, e sottrae risorse a chi ne ha veramente bisogno, ma comporta anche rischi più o meno grandi per la salute, non sempre adeguatamente valutati.

La condizione delle donne immigrate

La presenza significativa di stranieri comporta ripercussioni importanti proprio nel settore materno infantile perché è noto che al di fuori della gravidanza gli immigrati giovani, compresi gli uomini, hanno un buon patrimonio di salute per così dire naturale, non essendo probabile che soggetti in condizioni di salute precaria affrontino la sfida dell'emigrazione. La maggior parte delle richieste di assistenza tra gli immigrati è da imputare alle donne e la prima causa di ricovero ordinario è rappresentata dalla gravidanza e dal parto fisiologici, seguita dalle complicanze della gravidanza e del puerperio; la presenza delle donne immigrate negli ultimi anni ha mitigato il fenomeno della denatalità; il tasso di natalità dei cittadini stranieri è passato dal 12,7 per mille residenti del 1995 al 20,6 del 2006, indicando una progressiva stabilizzazione di alcune comunità (Rapporto ISTAT 2007); nello stesso periodo le nascite da madre italiana sono in continua diminuzione riducendosi di 30.000 unità contro l'aumento di 64.000 da mamme straniere.
Una ricerca effettuata dall' Osservatorio Epidemiologico Regionale/ARS Marche nel 2003, ha messo in evidenza alcuni dati sui maggiori rischi per le donne straniere in linea con quelli nazionali; il 16% delle donne immigrate effettua controlli tardivi in gravidanza contro il 4% delle marchigiane, il rischio di abortività spontanea è più del doppio (20%) tra le straniere STP rispetto alle altre (9%) mentre leggermente minore è la percentuale di tagli cesarei; sfiora il 90% l'assenza di assistenza domiciliare dopo il parto, superiore a quella delle marchigiane residenti che comunque è sempre alta, oltre l'80%; inoltre a livello nazionale si registra un maggiore tasso di nati – mortalità, di mortalità neonatale, di parti pretermine, di bambini a basso peso alla nascita.

L'eterogeneità delle culture di appartenenza, la difficoltà della lingua, la condizione lavorativa, l'esistenza di una comunità di supporto più o meno integrata ed efficiente, l'età, sono tutti fattori che condizionano il percorso di avvicinamento alla gravidanza e al parto, con una fluttuazione da condizioni ideali (accesso alla medicina del territorio, ai consultori, percorsi nascita, parto in condizioni protette, assistenza post partum, presenza del pediatra, ecc.) a quelle opposte (richiesta di aiuto in condizioni di emergenza, alta incidenza di infezioni genitourinarie, scadenti condizioni fisiche, rischio di complicanze per la madre e il nascituro).

Da questo quadro emerge la necessità di programmi e di interventi specifici per la popolazione delle immigrate nei settori della procreazione cosciente e responsabile, dell'assistenza alla gravidanza, al parto

e al puerperio, nella prevenzione del ricorso all'IVG, nella prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori della sfera genitale.

GRAVIDANZA E PARTO

La nascita è un evento fisiologico e solo in alcune condizioni una patologia che richiede un intervento sanitario ma questa impostazione richiede un totale ripensamento dell'attuale organizzazione sociosanitaria che ruota invece attorno al modello professionale e tecnologico del parto. Infatti da una condizione di gravidanza/parto come evento naturale, seguito per la maggior parte del tempo da un'ostetrica, ed un elevato numero di parti a domicilio, si è passati ad un approccio di routine con il ginecologo, a una ospedalizzazione programmata anche per il parto per via naturale, con un crescente ricorso al taglio cesareo le cui motivazioni comprendono anche una percentuale non trascurabile di "volontà materna".
Negli ultimi 20-30 anni, in molti paesi europei ed extra-europei si è osservato un aumento della proporzione di parti mediante taglio cesareo con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 20%; l'Italia è tra i primi paesi in Europa e nel mondo con il 37,4% di parti cesarei nel 2007, di cui il 61,4% nelle strutture accreditate e il 34,3% in quelle pubbliche; i cesarei sono il 39,3% dei parti da donne italiane contro il 27,8% di quelle straniere; nelle Marche la percentuale è del 34% (39 in strutture accreditate, 33,1 in quelle pubbliche).

Già dal 2002 la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ha emanato delle "Raccomandazioni" secondo le quali il parto cesareo non è giustificabile in assenza di riconosciute e precise indicazioni mediche per le quali invece il ricorso al cesareo è assolutamente necessario; alcuni recenti fatti drammatici in Italia hanno acceso i riflettori sul numero dei cesarei con campagne di informazione volute dal Ministero della Salute.

Anche sottraendo la percentuale di tagli cesarei iterativi (successivi cioè a un primo taglio cesareo), rimane ancora un ricorso eccessivo e spesso inappropriato al taglio cesareo con una percentuale superiore alle indicazioni ministeriali; tra le motivazioni, sicuramente l'atteggiamento difensivo dei ginecologi che condividono con gli ortopedici il primato del numero dei contenziosi legali, quindi la carenza di personale con solida esperienza delle tecniche di parto operativo (forcipe, ventosa, ecc,), ma anche la richiesta di molte donne per paura del travaglio o per timore di perdere il bambino dopo un percorso difficile di concepimento o dopo una serie di gravidanze infruttuose (la cosiddetta "gravidanza preziosa").
L'introduzione nei LEA del parto in analgesia non ha modificato significativamente il ricorso al cesareo, vuoi per un'insufficiente offerta del parto indolore o per un'insufficiente informazione, vuoi per la resistenza da parte di ginecologici e ostetriche che vedono nel cesareo una tecnica più affidabile per madre e nascituro. Eppure i rischi per la madre da taglio cesareo sono superiori a quelli da parto naturale; la battaglia culturale per la riduzione dei tagli cesarei costituisce una sfida per l'organizzazione delle sale parto, per la preparazione delle ostetriche e dei ginecologi, ma anche per il contesto sociale che deve riscoprire la demedicalizzazione della gravidanza e del parto.

I dati invece dimostrano che nell'84% delle gravidanze (Cedap 2007) si effettuano più di 4 visite per ognuna; nel 72,4% più di 3 ecografie e vengono eseguite 15 amniocentesi ogni 100 parti (nelle madri >40 anni la percentuale arriva al 50).
Mentre l'OMS indica che le gravidanze fisiologiche non hanno necessità di alcun esame ecografico, e i protocolli del Ministero della Salute prevedono 3 ecografie nella gravidanza non a rischio, nella realtà in Italia si eseguono 4,3 ecografie per donna (dati Ministero Salute 2008), superiore a quello di altri paesi (v. tabella) ed è esperienza comune l'indicazione, soprattutto da parte dei professionisti privati, di sottoporsi ad un esame ecografico al mese.

Tab. 1: Pratiche raccomandate rispetto alle ecografie di routine in gravidanza anni 1996-2003

	FRANCIA	SVEZIA	CANADA	REGNO UNITO	ITALIA
Ecografia I trimestre	Si (11-13 settimane)	No	No	Si (intorno 12 settimane)	Si (entro primo trimestre)
Ecografia II trimestre	Si (22-24 settimane)	Si (entro 18 settimane)	Si (18-19 settimane)	Si (20 settimane)	Si (19-21 settimane)
Ecografia III trimestre	No	No	No	No	Si (32-35 settimane)
Eco-doppler	No	No	No	No	No
n. medio ecografie in gravidanza	2	1	1	2	5-6

Fonte: Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute)

Attualmente quasi tutti i parti avvengono in ospedale, l'88% in strutture pubbliche, l'11,4% in strutture private e lo 0,5% altrove; nel 2007 oltre 520 mila bambini sono nati in 541 punti nascita, molto variabili per organizzazione e tipologia di assistenza che possono garantire: dalla sala parto medicalizzata alle stanze/appartamenti dove la donna è seguita solo dall'ostetrica, può partorire in acqua e può avere vicino il compagno o altri familiari.

La donna in gravidanza non dovrebbe essere solo un caso da diagnosticare con visite e indagini strumentali programmate in modo quasi "industriale" con finalità medicolegali difensive e obiettivi economici; al contrario con un percorso di emporwement dovrebbe recuperare consapevolezza, assumere scelte motivate e ponderate con l'ausilio dei professionisti e della tecnologia posti al suo servizio. L'operatore sanitario inoltre non dovrebbe limitare la sua competenza a quella professionale, ma sviluppare anche capacità di ascolto, di sostegno psicologico, di empatia, di counselling; l'ostetrica in particolare, abituata oggi a lavorare alle dipendenze e sotto la protezione del ginecologo che monopolizza il rapporto con la donna, dovrebbe ripensare il suo ruolo, riscoprendo la propria autonomia professionale con le relative responsabilità.

Un ulteriore approccio naturale alla maternità coinvolge l'allattamento al seno e il rooming in, due obiettivi che comportano strategie di formazione e informazione e riorganizzazioni strutturali dei punti nascita.

In particolare l'OMS/Unicef promuove con il progetto "Ospedale amico del Bambino" l'allattamento materno riconoscendo a tale pratica benefici effetti scientificamente dimostrati sulla salute del bambino e della madre; il latte materno infatti fin dalle primissime ore dopo la nascita contribuisce al pieno sviluppo fisico e psicologico del bambino, garantendo la formazione di un sistema immunitario più forte e resistente, favorisce un legame di profonda intimità tra mamma e bambino riducendo il problema della separazione dopo 9 mesi di simbiosi e il rischio di depressione post-partum. L'OMS raccomanda l'allattamento materno esclusivo per almeno i primi sei mesi di vita del bambino e di proseguire l'allattamento fino ai due anni e oltre, se il bambino si dimostra interessato e la mamma lo desidera.

Secondo l'indagine campionaria del 2002 della Regione Marche sul percorso nascita, il numero delle donne intervistate che ha potuto attaccare al seno il bambino entro 2 ore dal parto era solo il 59,1% pur avendo la stragrande maggioranza del campione manifestato la propensione ad allattare; la stessa ricerca rivela che il 96% delle mamme ha comunque attaccato il bambino al seno dopo il parto; al rientro a

casa, il 9% è passato all'allattamento misto o artificiale mentre a 4 mesi dal parto l'allattamento materno esclusivo si riduce al 50%. Tra i motivi di mancato allattamento al seno, oltre al 79% dei casi dovuto alla mancanza di latte, c'è un 8% dovuto a effetti collaterali quali ragadi e mastiti che potrebbero essere efficacemente contrastati con adeguata informazione e assistenza a domicilio.

Il rooming in consiste nel lasciare il neonato sempre nella stanza vicino alla mamma; secondo numerosi studi esiste un periodo critico per instaurare il rapporto tra genitori e bambino già nel corso delle prime ore di vita e si mantiene per tutto il periodo della permanenza in ospedale, durante il quale, nei primi momenti di serenità e intimità, si pongono le basi per i futuri sentimenti di affetto e amore esclusivo verso il bambino. Attualmente nella Regione Marche sono stati riconosciuti dall'Unicef "Ospedale Amico del Bambino" i presidi di Civitanova, Osimo, e Recanati.

In molti paesi europei si sta sviluppando il parto extraospedaliero come alternativa al parto tecnologico, nella forma delle Case Maternità e a domicilio; il parto extraospedaliero risulta sicuro, a basso costo e ad alta qualità se si rispettano determinati criteri: la donna deve essere seguita da ostetriche ed equipe che hanno specifiche preparazioni per l'assistenza a domicilio e rimangono in contatto con i reparti ospedalieri per le urgenze e le complicanze.
Il paese con il numero più alto di case di maternità (64) è la Germania, seguita dalla Svizzera con 16 case extraospedaliere; in Inghilterra ci sono diverse case maternità sia private che pubbliche, intra- ed extraospedaliere. In Italia il fenomeno è ancora limitato ad alcune case private e pubbliche, senza unanime consenso da parte dei ginecologi e delle ostetriche.

Eppure se i criteri di sicurezza sono garantiti, il parto in casa di maternità, oltre ad essere altrettanto sicuro di quello medicalizzato, offre una qualità migliore dell'esperienza per la donna e per il bambino, con effetti salutari che riducono i costi dell'assistenza; la casa di maternità inoltre può rappresentare un'occasione per riappropriarsi della naturalità di gravidanza, parto e allattamento, riconoscere un ruolo attivo alle donne e ai loro bambini, riscoprire l'ostetricia basata sulla fisiologia, sviluppare le tecniche di relazione e di comunicazione, ridurre fobie e stati di ansia, riscoprire il modello sociale del parto come evento che coinvolge il nucleo familiare e la rete di sostegno.

IL RAPPORTO MEDICO/OPERATORE SANITARIO – PAZIENTE

Molto è cambiato nel rapporto tra medico/operatore sanitario e paziente. Dalla condizione in cui il medico esercitava un'assoluta dominanza nei confronti del paziente mentre infermiere e ostetrica agivano alle sue strette dipendenze, si è sviluppata più o meno gradualmente l'autonomia professionale del personale non medico, attraverso la partecipazione consapevole al percorso diagnostico terapeutico, pur sempre in un'ottica di condivisione dell'obiettivo e della strategia. La ricerca dell'equilibrio tra autonomia professionale e integrazione nel percorso assistenziale richiede capacità di comunicazione non solo con il paziente, ma anche tra medico e operatori, capacità che devono svilupparsi in un percorso organico di formazione universitaria e professionale.
Il medico e gli operatori devono inoltre relazionarsi con pazienti più informati e più consapevoli, raggiunti dalla informativa medico scientifica attraverso i mass media e la rete di Internet; i pazienti sono però esposti a un'abbondanza di informazioni molto eterogenee per qualità dei contenuti non avendo spesso gli strumenti cognitivi sufficienti per la loro interpretazione; compito del medico pertanto è guidare il paziente in un dedalo di input e di informazioni, riconquistando con il proprio know how la fiducia dell'assistito, una fiducia basata sul confronto, sulla condivisione delle nozioni, sul consenso informato.

Il medico ginecologo comunque è una figura molto presente nella vita di una donna; alla competenza professionale deve aggiungere un rapporto di fiducia strettamente legato alla delicatezza della tipologia delle visite; la donna vuole affidarsi a un serio professionista ma anche sentirsi a suo agio ed essere rassicurata sulla sua capacità di concepire, gestire una gravidanza, partorire e nutrire un figlio, passaggi

ritenuti fondamentali per l'equilibrio e il benessere globale della donna, ma anche del partner, della famiglia e, scalando le dimensioni, della società.

Una grande responsabilità per il ginecologo, che è cresciuta negli anni per l'aumentata disponibilità di strumenti e tecniche che hanno permesso da una parte risultati eccezionali ma dall'altra un maggior rischio di contenziosi legali fronteggiato con un ricorso crescente alla medicina difensiva.

NUOVI OPERATORI

Lo psicologo

Questa figura è sempre più presente nel percorso materno infantile per offrire un supporto psicologico a donne, bambini, madri e padri che possono trovarsi di fronte a situazioni difficili o semplicemente nuove per le quali non hanno gli strumenti, i riferimenti per gestire emozioni, situazioni, rapporti. Infatti il supporto psicologico non solo è utile per situazioni drammatiche, come la nascita di un bimbo morto, la morte di una donna per le complicanze di un parto o di un aborto magari clandestino, la morte di un piccolo paziente per malformazioni o per tumori, la richiesta di autorizzazione all'espianto degli organi, ma anche a sostegno dei genitori nelle fasi normali di un percorso nascita o in caso di un ricovero di un neonato pretermine in terapia intensiva.

Anche il personale sanitario può aver bisogno dello psicologo nella gestione dei rapporti con i pazienti e con i collaboratori, uno psicologo di equipe come parte integrante di una comunità terapeutica che ruota attorno all'utente, secondo percorsi condivisi e linguaggi comuni il cui obiettivo è quello di garantire l'assistenza migliorando la qualità di vita durante la degenza, aiutando le donne ad assumere decisioni più consapevoli e sostenendole nell'affrontare difficoltà ed imprevisti legati ai suoi obiettivi di salute e di maternità.

Non riteniamo che l'aiuto professionale di uno psicologo, appositamente preparato e motivato, possa essere sostituito da altri percorsi per non dover sostenere gli oneri di nuove figure professionali; la formazione degli operatori sanitari "tradizionali" con nozioni di psicologia, di counselling, di tecniche della comunicazione è sicuramente utile per sostenere gli stessi in situazioni difficili o conflittuali, ma questa opzione dovrebbe essere considerata un supporto, non uno strumento sostitutivo.

L'assistente sociale

Anche l'assistente sociale è un protagonista importante per favorire aspetti di integrazione socio sanitaria in un contesto materno infantile; l'evento nascita per es. può essere caratterizzato non solo da problematiche sanitarie, ma anche familiari e sociali derivanti dal fenomeno dell'immigrazione o della povertà, oppure è necessario affrontare emergenze sociali e psicologiche di una donna che vuol ricorrere all'IGV o vuol abbandonare il bambino, per non parlare degli episodi di violenza. A fronte dell'importanza e della complessità della funzione, non sempre corrisponde un efficace inserimento professionale, sia per le incertezze legislative sulla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale e sulle modalità di finanziamento, sia per la strutturazione non ancora definita delle rete sociale (ambiti, servizi comunali, aziende sanitarie).

Tuttavia, indipendentemente dalle modalità, la comunità scientifica e quella politico amministrativa sembrano essere concordi sull'obiettivo di garantire un'effettiva integrazione sociosanitaria per affrontare non solo le emergenze sociali ma anche e soprattutto la promozione della salute nel significato più completo, con particolare riferimento alle emergenze degli immigrati e delle persone socialmente vulnerabili.

Le recenti proposte nella Regione Marche di un unico piano socio sanitario e della creazione di un unico dipartimento socio sanitario costituiscono segnali incoraggianti nella direzione di una visione integrata dell'obiettivo salute e di tutti i protagonisti individuati per il suo raggiungimento.

Il mediatore culturale

Strettamente collegate alle precedenti argomentazioni è l'importanza di garantire un efficiente sistema di mediazione culturale con il crescente numero di donne immigrate che si rivolgono ai servizi socio sanitari; la lingua rappresenta il primo ostacolo nel momento in cui la persona straniera si rivolge a un servizio sociosanitario, ma è solo la punta di un iceberg. E' evidente che dietro la lingua c'anche una cultura, un complesso di valori, di punti di riferimento, di concezione della vita e della società più o meno distanti da quello di riferimento dell'operatore e del paese ospitante; non esiste un unico modello di difficoltà, ma lo stesso dipende dalla provenienza dell'immigrato, dal grado di integrazione della persona e della sua etnia nella società ospitante; il modello di risposta del sistema con i mediatori culturali deve essere flessibile e modulabile; dall'intervento urgente presso un pronto soccorso pediatrico o in una sala travaglio, alla programmazione di colloqui, interventi strutturati per educare e informare per es. sui programmi di prevenzione.

Nasce pertanto l'esigenza di interventi mirati, concordati con gli altri operatori sanitari e non, per aumentarne l'efficienza e l'efficacia, arricchiti di strumenti informativi, opuscoli e video tradotti nelle lingue più diffuse. Questi processi necessitano anche di formazione continua, per gli operatori sanitari perché siano a conoscenza dell'opportunità offerte, ma anche per i mediatori stessi che oltre a tradurre correttamente, devono avere una preparazione di base sulle più importanti tematiche sanitarie e sociali; infine in questo delicato compito il medico e i suoi collaboratori non possono delegare integralmente il rapporto con l'extracomunitario al mediatore, al contrario devono partecipare il più possibile consapevolmente all'intermediazione, creando un ponte di umanità con gli assistiti.

Il mondo delle associazioni

La Costituzione Italiana sancisce il diritto di costituirsi in associazione nel nome della solidarietà (art. 2 e 28), politica, economica e sociale. Da sempre la solidarietà si è espressa verso i malati e i bisognosi; i Troiani e i Greci rispettavano la tregua per rimuovere i feriti e i morti dal campo di battaglia, i monaci erano gli unici che prestavano assistenza ai lebbrosi, dall'assistenza ai feriti di un moderno campo di battaglia è nata la professione dell'infermiere.
Negli anni il ruolo delle associazioni si è modificato per rispondere alle diverse esigenze assistenziali, all'evoluzione tecnologica della medicina e alle trasformazioni dell'organizzazione del servizio sanitario, ma lo spirito solidaristico e volontaristico è rimasto immutato; la vitalità delle associazioni è caratterizzata dalla capacità di intraprendere iniziative, di creare interessi e legami attorno ai propri obiettivi, la disponibilità, l'impegno e la spontaneità dei loro associati; ma anche la determinazione, la franchezza nel segnalare disfunzioni ritardi, inadempienze, nel mettere in mora direzioni e assessorati, nell'utilizzare gli organi di informazione per le loro battaglie e rivendicazioni, in altre parole una categoria di stakeholder sicuramente partecipativa e ben inserita nel sistema cui appartengono ma che vorrebbero sempre migliore e più attento.
Tutte le associazioni sono poi caratterizzate dall'attività della raccolta fondi, oggi modernamente definita fund raising, per i loro fini statutari; il significato di queste raccolte è anche quello di richiamare l'attenzione della società su determinati problemi e quando si consegna a un'equipe di un reparto un apparecchio acquistato con le offerte di tante persone, è un modo per testimoniare la vicinanza del modo esterno a operatori che spesso lavorano tra carenze e difficoltà.
Il crescente numero delle associazioni e delle cause più o meno nobili per richiedere contributi in denaro pone nuove esigenze nella correttezza e nella trasparenza dell'utilizzo dei fondi; le associazioni devono quindi attrezzarsi sotto il profilo del controllo di gestione, indicando per es. la quota di fondi utilizzati per il funzionamento dell'associazione (affitto locali, spese del personale, costo campagne

pubblicitarie) che non dovrebbero superare il 40% del totale della raccolta. Il percorso di monitoraggio della qualità del proprio operato permette a una Onlus non solo di fidelizzare gli associati e i donatori, ma anche di trovare con più regolarità i volontari la cui partecipazione è sempre soggetta agli eventi della vita, alla fluttuazione degli interessi e delle motivazioni.

CONLUSIONI

Un mondo, quello della salute materno infantile, composito, complesso, in continua evoluzione, stimolo continuo per approfondimenti e ricerche volte a ottimizzare aspetti cruciali della vita di una donna, riducendo le sofferenze, le ansie, le fobie; è necessario un approccio multidisciplinare, che non può rinunciare a una profonda integrazione sociosanitaria e alla partecipazione consapevole e motivata di professionisti, associazioni, amministratori uniti in una comunità terapeutica che pone al centro dell'azione il cittadino, in un sistema sanitario universalistico che garantisca il diritto alla salute nel senso più completo del termine, con criteri di equità, efficienza ed efficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. AGENZIA REGIONALE SANITARIA, Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze: *Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche*; Giugno 2006;

2. AGENZIA REGIONALE SANITARIA: *Valutazione dei servizi del percorso nascita nella regione Marche.Indagine campionaria*; Regione Marche, 2002;

3. AUTORI VARI: *Medicina e sanità declinate al femminile*; Atti del Convegno Fnomceo Caserta, 28 settembre 2007;

4. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA: *La sperimentazione farmacologia sulle donne*; 28/11/2008;

5. D.M. del 24/04/2000: *Progetto Obiettivo Materno Infantile*; G.U. n. 131 del 07/06/2000;

6. DUBBINI L., DE GIACOMI G., CARLETTI P., MANCINI C.: *Donne immigrate: salute riproduttiva;* Osservatorio Epidemiologico Regionale, ARS Marche, dicembre 2003;

7. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics): *Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology*; Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. 2003;

8. FORUM PER LA RICERCA BIOMEDICA: *La nuova domanda di comunicazione sulla salute*; Roma, 3 ottobre 2006;

9. FRATESI A. L.: *Procedure di collegamento funzionale tra consultorio familiare e vari servizi della Zona Territoriale*; Rassegna di progetti ed esperienze, I Distretti Sanitari delle Marche, Esseditrice, Cecchina (Rm) 2005;
10. FREIDSON E.: *La dominanza medica*; Collana Scienze e Salute, Milano 2001;
11. GOLEMAN D.: *Intelligenza sociale*; Edizione Mondolibri Spa, Milano, 2006;
12. GRANDOLFO M.: *Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)*; Iss – Roma; I Consultori Familiari e il Progetto Obiettivo Materno – Infantile, Roma 4 – 5 Giugno 2007;

13. HODNETT ED, DOWNE S, EDWARDS N, WALSH D.: *Home-like versus conventional institutional settings for birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 1996, Issue 3. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub2;

14. ISTAT: *Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari*; ASI, Anno XVI, n. 51 – 52, p. 2;

15. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ: *Il Progetto Nazionale sulla Medicina di Genere*; Nota ISS 05/12/2008;

16. LEGGE regionale 27 Luglio 1998, n. 22: *Diritti della partoriente, del nuovo nato e del bambino spedalizzato*;

17. LIUZZO M.: *L'assistenza in puerperio*; Convegno Nazionale " I Consultori Familiari ed il Progetto Materno-Infantile "Roma 4 – 5 Giugno 2007;

18. MASTROIACOVO P. et al.: *Promozione del counseling pre-concezionale per la prevenzione dei difetti congeniti*; I Consultori Familiari e il Progetto Obiettivo Materno – Infantile, Roma 4 – 5 Giugno 2007;

19. MERZAGORA F., RICCIARDI W.: *La Salute della donna. Sintesi del libro bianco*; O.N.D.A. Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, www.ondaosservatorio.it, Milano 2007;

20. MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, Comm. "Salute delle donne": La salute delle donne in Italia nel contesto demografico e sociale; Roma, Marzo 2008;

21. MINISTERO DELLA SALUTE: Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2007;

22. MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI: *Verso un piano di azioni per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini*; 8 Marzo 2007;

23. MINISTERO DELLA SALUTE: *La Salute delle donne. Un diritto in costruzione*; Roma 2008;

24. OLSEN O, JEWELL MD.: *Home versus hospital birth*. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 3. Art. No.: CD000352. DOI: 10.1002/14651858.CD000352;

25. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO sulle Diseguaglianze/ARS Marche: *Monitoraggio dell'uso del video "Per la vostra salute donne del mondo", :* "Promozione della salute materno-infantile della popolazione immigrata nella regione Marche"; giugno 2007;

26. SPERI L.: *La Rete degli "Ospedali Amici dei Bambini OMS/UNICEF",* UNICEF Italia, www.unicef.it, 2007;

27. UNITED NATIONS DEVELOPMENT FUND FOR WOMEN: *Promoting Gender Equality in New Aid Modalities and Partnerships*; UNIFEM Discussion Paper – New York, March 2006;

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION, Department of reproductive health and researh RHR: *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model.* WHO/RHR/01.30. Gèneva: WHO: 2002.

Eventi normativi, strumenti e paradigmi concettuali alla base dei principali cambiamenti del sistema di policy e government dei servizi.

I servizi per le Dipendenze Patologiche parte e prodotto di più ampie organizzazioni. Innovazioni e riforme nella Pubblica Amministrazione, nel Servizio Sanitario Nazionale e nei Servizi per le Dipendenze Patologiche.

MANUELA FALCINELLI

Sociologa (specializzazione in Sociologia Sanitaria) presso il Servizio di Supporto, Valutazione Programmazione e Sviluppo (ex-Osservatorio Epidemiologico) del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della Zona 7 di Ancona ASUR Marche.

1. Premessa

"Il DPA attiva un network di Osservatori regionali e raccolta dati per una politica di contrasto alla droga condivisa a livello europeo", è la notizia pubblicata il 23 dicembre 2010 sull'editoriale droga@news di Dronet, il Portale del Network Nazionale sulle Dipendenze in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
Il 15 dicembre si è, infatti, concluso il corso di formazione, della durata di tre giorni, dedicato alla "Creazione di una rete di Osservatori Regionali sulle Droghe", al quale hanno partecipato i rappresentanti delle Regioni Italiane, tra cui anche la Regione Marche.
L'iniziativa, tenutasi presso la sede dell'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) di Lisbona, è stata organizzata dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Osservatorio Europeo sulle droghe, sulla base del progetto NIOD (Network Italiano Osservatori sulle Dipendenze).
Il recentissimo evento oltre che rappresentare il risultato di un processo di mutamento che sta investendo tutto il sistema di policy e government dei servizi per la prevenzione e cura della salute, nell'accezione olistica del termine, fornisce un'importante occasione di riflessione rispetto ad alcuni significativi aspetti di cambiamento che stanno interessando anche lo specifico sistema organizzativo dei servizi deputati ad occuparsi del complesso fenomeno delle dipendenze patologiche.

1.1 Nuove strategie per nuove emergenze

Dalla seconda metà di questo secolo, quando all'esplosione del fenomeno delle tossicodipendenze è corrisposto un grosso impegno della comunità medico-psichiatrica, che in pochi decenni ha fissato i parametri essenziali della diagnosi[1] e della gestione clinica e riabilitativa del tossicomane, si sono verificati profondi e continui mutamenti rispetto al fenomeno delle addiction.
Nuove tipologie e modalità di reperimento delle sostanze, nuove modalità e contesti di consumo, nuovi comportamenti hanno determinato l'esigenza, da parte di operatori e professionisti, di ripensare e riformulare alcune delle categorie cliniche ed operative utilizzate in questi decenni.
Nel 2006 è stata pubblicata in Italia un' ipotesi dei nuovi criteri diagnostici delle dipendenze patologiche[2] ed ai termini di "tossicodipendenza", "abuso" ed "addiction" si sono aggiunti quelli di "nuove dipendenze" riferendosi a quei comportamenti messi in atto in maniera patologica e che, nel tempo, innescano un meccanismo di dipendenza. Una delle peculiarità di questo tipo di dipendenze, rispetto alle "vecchie", è quella di non avere come oggetto l'abuso di sostanze, ma comportamenti ritenuti, in genere, "normali".
Tra le New Addictions vengono incluse la dipendenza dal Gioco d'Azzardo, dal Lavoro, dal Sesso, dal Cibo e dalle Relazioni Affettive.
Negli ultimi anni si è assistito ad un'enorme diffusione di queste dipendenze comportamentali, tanto che la letteratura scientifica non ha potuto fare a meno di rivolgervi il proprio interesse.

Il diffondersi di nuove tipologie dei "bisogni" e la modificazione dei "vecchi bisogni" hanno imposto la necessità di attivare processi di ridefinizione sia delle strategie d'intervento che dei sistemi di programmazione e di organizzazione dei servizi, processi di cambiamento che, si collocano e si aggiungono ad una trasformazione già in atto e che ha investito l'Amministrazione Pubblica in generale ed il Sistema dei Servizi Sanitari, di cui i servizi per le dipendenze patologiche sono parte integrante.
Dunque fattori intrinseci alla fenomenologia delle dipendenze e fattori estrinseci, comunque correlati alla multidimensionalità del fenomeno, permettono di spiegare il profondo mutamento in atto.
La ormai nota e condivisa caratteristica di "trasversalità" e pluridisciplinarietà che contraddistingue il problema delle addiction, che tocca infatti aspetti sanitari, psico-sociali, economici, culturali e politici, impone la necessità di osservare e considerare i servizi per le dipendenze quali parte e prodotto di più ampie organizzazioni come quello della Pubblica Amministrazione e del Sistema Sanitario.
Pertanto, senza pretese di esaustività in quanto la vastità dell'argomento induce a focalizzare l'attenzione solo su alcuni degli elementi che presentano una particolare rilevanza rispetto all'argomento oggetto di analisi ed al fine di una visione organica e completa, risulta indispensabile fornir alcune preliminari puntualizzazioni sulle principali e più recenti trasformazioni che hanno investito i due macrosistemi sopra detti.

2. Riflessioni sulle principali trasformazioni ed innovazioni della Pubblica Amministrazione

Negli ultimi trenta anni molteplici cambiamenti ed innovazioni hanno investito e riguardato la Pubblica Amministrazione[3] in genere ed il sistema di organizzazione, gestione ed erogazione dei Servizi sanitari e socio-sanitari in particolare.
Senza entrare nello specifico del complesso ed ampio argomento, si riportano alcuni dei principali momenti del processo di mutamento.
Il primo riferimento normativo che appare sin da subito importante richiamare è costituito dalla Direttiva emanata del Presidente del Consiglio dei Ministri il 27 gennaio 1994 relativa ai "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici" in cui sono definiti i principi e gli strumenti per la diffusione, l'applicazione e la garanzia della qualità nell'erogazione degli stessi.
In particolare, agli enti erogatori dei servizi pubblici, definiti *"quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati"* quindi anche la salute, la normativa impone, attraverso *"…il progressivo uniformarsi… ed adottando le misure idonee"* sei principi fondamentali*: "Eguaglianza", "Imparzialità", "Continuità", "Diritto di scelta", "Partecipazione", "Efficienza ed "Efficacia"* ed identifica sei "strumenti" prioritari, quali 1.l'*"Adozione di standard"* 2. La *"Semplificazione delle procedure"* 3. L'*"Informazione degli utenti"* 4. *I "Rapporti con gli utenti"* 5. Il *"Dovere di valutazione della qualità dei servizi"* 6. Il *"Rimborso"*.
Inoltre, per ciò che riguarda i punti 1. e 2. relativi all'*"Adozione di standard"* ed al *"Dovere di valutazione della qualità dei servizi",* la direttiva aggiunge "… *i soggetti erogatori individuano i fattori da cui dipende la qualità del servizio e, sulla base di essi, adottano e pubblicano standard di qualità e quantità di cui assicurano il rispetto…..*
…Gli standard sono accompagnati da una relazione illustrativa nella quale si descrivono, … le modalità previste per il loro conseguimento; … i metodi di valutazione utilizzati per fissare o rivedere gli standard, con una previsione relativa alle valutazioni future…" I Soggetti erogatori *"…determinano, altresì, gli indici da utilizzare per la misurazione o la valutazione dei risultati conseguiti; forniscono una base di comparazione per raffrontare i risultati effettivamente ottenuti con gli obiettivi previsti; descrivono gli strumenti da impiegarsi al fine di verificare e convalidare i valori misurati".*
"...Per valutare la qualità del servizio reso, specie in relazione al raggiungimento degli obiettivi di pubblico interesse, i soggetti erogatori svolgono apposite verifiche sulla qualità e l'efficacia dei servizi prestati, in conformità ai criteri determinati nella relazione che accompagna gli standard…"

Un secondo riferimento normativo essenziale per illustrare il processo di modernizzazione che, dai primi anni '90, si sta realizzando nei servizi pubblici attraverso l'introduzione di elementi innovativi non solo da un punto di vista metodologico ma anche organizzativo e gestionale è costituito dalla Legge n.241 del 7 agosto 1990, relativa alle "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi". In estrema sintesi, con la legge 241, oltre ad essere stato introdotto il nuovo principio della concertazione nell'attività amministrativa, a scapito di quello dell'autorità, prevedendo nuove forme di associazione e cooperazione per la gestione ed erogazione dei

servizi, quali l'accordo di programma, si emana la prima e la più importante legge volta sia a cambiare il rapporto tra l'amministrazione pubblica e il cittadino, che ad avviare e preparare le basi per tutta una serie di successive normative finalizzate a snellire il sistema burocratico e ad agevolare i servizi favorendo efficacia, efficienza, economicità e trasparenza secondo un approccio di New Public Management.
Scrive al riguardo Antonio Romano Tassone, professore ordinario di diritto amministrativo nella Facoltà di Giurisprudenza dell'Università Mediterranea di Reggio Calabria[4] *"…Sotto un titolo forse volutamente dimesso, arriva, dopo una lunga gestazione, una delle leggi più importanti degli ultimi anni.Si tratta… di un testo fortemente innovativo: la disciplina del "diritto d'accesso" e della conferenza dei servizi… viene riscritta quasi integralmente, mentre vengono significativamente modificate, tra l'altro, la disciplina della partecipazione, quella dell'accordo "sostitutivo", quella del silenzio".*

Alla legge 241 farà seguito nel '93 il D.lgs n.29 sulla "Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego", che, in linea con la legge n. 421 per ciò che attiene i servizi sanitari e che avremo modo di approfondire in seguito, dedica un intero titolo ad aspetti organizzativi con particolare attenzione alla questione del sistema delle relazioni con il pubblico e prevede, ai fini della "Trasparenza delle amministrazioni pubbliche" (Art.11) l'istituzione degli Uffici di Relazioni con il pubblico - URP (Art.12).

Nel '95 è la volta del D.lgs n.163 che stabilisce l'adozione da parte di tutti gli erogatori di servizi pubblici della "Carta dei Servizi" quale strumento di informazione, di equità, di accesso e di promozione della qualità.

Con il D.lgs 626 del '94 vengono istituite le "misure generali di tutela per il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo del lavoro".

Anche le leggi bassanini' altrimenti conosciute come leggi sulla semplificazione amministrativa, emanate nel corso degli anni 90, ed una serie di ulteriori decreti prodotti nel primo quinquennio del nuovo secolo continuano, anche da un punto di vista cronologico, il processo di modernizzazione della pubblica amministrazione secondo un'ottica di quality management nell'accezione multidimensionale del termine: qualità organizzativa, tecnico professionale e relazionale.

In particolare si ricordano il D.lgs n. 267 del 2000 "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali" ed il D.lgs n.163 del 2006 "Codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" che introducono nuovi strumenti dell'attività contrattuale della P.A. secondo le normative europee; il D.P.R. n. 445 del 2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"; il D.lgs n.196 del 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" in particolare il Titolo V "Trattamento di dati personali in ambito sanitario"; ed il D.lgs n.82 del 2005 normativa sul nuovo "Codice dell'amministrazione digitale"- CAD.

Infine rispetto al processo di cambiamento del sistema pubblico dei servizi non può non essere citata la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001[6] che introduce concetti quali quello del *federalismo (legislativo, amministrativo, fiscale*) e di *sussidiarietà*' quest'ultimo secondo un duplice significato: verticale, tra i vari livelli di governo della Repubblica ed orizzontale tra gli enti pubblici e i cittadini.

I fondamentali obiettivi contemplati all'art.97 della Costituzione italiana della "*buona amministrazione"* rappresentati da "*Economicità, rapidità, efficacia, efficienza, miglior contemperamento degli interessi e minor danno*", che hanno prodotto le principali innovazioni e riforme sopra ricordate, costituiscono gli stessi paradigmi che hanno guidato i profondi e sostanziali cambiamenti nello specifico ambito socio sanitario.

3. Cambiamenti ed innovazioni in trenta anni di vita del Sistema Sanitario Nazionale

Da molti decenni il settore sanitario e' sottoposto ad un costante processo di revisione e ristrutturazione finalizzato, in estrema sintesi a conseguire il duplice obiettivo di migliorare l'efficienza del servizio sanitario e la qualità delle prestazioni offerte, e di contenere i costi crescenti del sistema, causati sia dalla notevole espansione della domanda di prestazioni sanitarie, sia dal costante aumento delle spese relative alla tecnologia impiegata.

Il concetto di "Qualità"[8] ha un significato multidimensionale rilevabile nelle varie definizioni riportate in letteratura.

L'international Standars for Organization - ISO la definisce come "L'insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare bisogni espressi o impliciti".

Avedis Donabedian, il principale teorico della qualità nel mondo sanitario, la definisce come "Il rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili" e l'OMS considera la qualità come "La capacita di soddisfare i bisogni dei pazienti secondo le conoscenze professionali più avanzate del momento, in funzione delle risorse disponibili".

Partendo quindi dalle definizioni appena viste ed assumendone quindi la molteplicità dei significati, è possibile evidenziare come il percorso storico del cambiamento del sistema dei servizi sanitari italiani sia assimilabile ad un processo volto al progressivo raggiungimento delle tre dimensioni fondamentali di cui si compone "la Qualità": qualità manageriale, qualità professionale e qualità percepita.

Tre dimensioni perseguite in tre momenti principali.

Una prima fase che ha visto la produzione di una serie di provvedimenti orientati prevalentemente al raggiungimento ed all'applicazione della qualità di tipo manageriale o gestionale.

Secondo Donabedian riguarda "l'asse della struttura", è la qualità rispetto alle risorse disponibili, al personale, alle strutture ed alle modalità organizzative.

E' una qualità che include la dimensione dell'efficienza, della "appropriatezza" tecnica, della "conformità", della "sicurezza" e dell'"adeguatezza".

Segue una seconda fase più concentrata sulla dimensione "professionale" che si riferisce ad aspetti legati alle competenze, riguarda dell'asse del "processo", del prodotto, delle prestazioni, della loro tempestività ed appropriatezza secondo le evidence based.

Infine la fase particolarmente attenta alla qualità "percepita", ovvero dell'asse dell'"esito", le modificazioni dello stato di salute, sia percepito che atteso, determinate dalle azioni di intervento.

Quest'ultima, riguarda la dimensione sociale, sia i fruitori, i cittadini-utenti, che gli erogatori, i professionisti, e si declina in "efficacia", "soddisfazione", "accessibilità", "accettabilità".

Alla luce di quanto appena detto, vediamo dunque quelli che sono stati gli avvenimenti normativi principali che hanno contribuito in maniera significativa all'evoluzione e trasformazione del sistema organizzativo e gestionale dei servizi sanitari in Italia.

La legge 833 nel '78, in linea con l'articolo 32 della Costituzione e secondo i principi di "Universalità, egualitarismo, gratuità ed accessibilità", istituisce il Sistema Sanitario Nazionale.

Uno dei principi cardine su cui si fonda la legge di riforma 833 è stato quello di considerare il concetto di "salute" nella sua complessità superando la semplicistica concezione di assenza di malattia. Ciò ha determinato la necessità di abbandonare un modello di intervento basato sulla sola diagnosi e cura, ospedolocentrico, di tipo mutualistico, ed assicurare a tutti anche la prevenzione e la riabilitazione. All'inizio degli anni '80 venivano così istituite le Unità sanitarie locali (Usl).

Nel '92 gli elevati livelli di costo raggiunti, in continua ascesa e privi di meccanismi di controllo sotto il profilo della coerenza con l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni fornite, i modesti livelli di qualità in valore assoluto e nella percezione dei cittadini che fornivano peraltro un significativo contributo al finanziamento dei servizi offerti, il riassetto del sistema sanitario pubblico, perseguito anche da numerosi altri paesi dell'UE, nonchè il processo di riconfigurazione organizzativa che investe tutto il sistema della pubblica amministrazione, che abbiamo avuto modo di illustrare precedentemente, sono le considerazioni principali che porteranno alla produzione di una prima serie di normative volte a ridefinire l'assetto istituzione ed organizzativo del sistema sanitario istituito e prodotto dalla legge del 78.

In particolare è la Legge del 23 ottobre 1992, n. 421 che, introducendo un sistema di mercato attraverso l'aziendalizzazione delle strutture di offerta, avvia un processo di trasformazione dei servizi sanitari che porterà all'emanazione dei decreti 502 nel 1992 e 517 nel 1993, a parziale modifica del precedente, che rappresentato la seconda riforma sanitaria in Italia ("Riforma bis").
La legge 421 che porta il titolo di "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale" ispirato da un approccio di carattere imprenditoriale, trova attuazione secondo quei principi e criteri direttivi esplicitati all'art. 1, della stessa normativa che recita *"… ottimale e razionale utilizzazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale,...perseguimento della migliore efficienza del medesimo a garanzia del cittadino,…equità distributiva e .. contenimento della spesa sanitaria*".

A distanza di pochi mesi dalla legge 421 ed attraverso due importanti eventi normativi costituiti dal D.lgs 502 ,del 30 dicembre del 92, e dal D.lgs 513, del 7 dicembre dell'anno successivo, che portano infatti, rispettivamente, il titolo di "Riordino della disciplina in materia di sanità, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502…" si attua quella che è stata definita come la Riforma bis e che produrrà un profondo ripensamento sia delle modalità di gestione che di finanziamento del S.S.N..
Dal punto di vista istituzionale vengono ridefiniti compiti e competenze: lo Stato, coordina le attività e distribuisce le risorse del Fondo Sanitario Nazionale, le regioni identificano il bisogno socio-sanitario espresso dal territorio, le aziende sanitarie ed ospedaliere, forniscono, attraverso l'acquisizione ed il riconoscimento di ampi margini di autonomia e secondo il principio della concorrenza, i servizi al cittadino.
I due decreti riducono e trasformano le UU.SS.LL. ed i grandi ospedali in Aziende dotandole di autonomia finanziaria, gestionale, patrimoniale, amministrativa, contabile e tecnica, e svincolandole quindi dal controllo dei Comuni.
Introducono meccanismi di concorrenzialità demandando al cittadino la libera scelta rispetto al sistema dell'offerta dei servizi di cura.
Vengono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie e la periodicità dei controlli determinando così l'entrata in vigore dei nuovi rapporti basati sull'"accreditamento", con le strutture private che erogano prestazioni specialistiche, sulla remunerazione di tali prestazioni e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte dai centri e delle prestazioni erogate.

Fondamentale è altresì l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento[10].
Con la Riforma-bis il finanziamento alle Aziende Sanitarie non sarà più determinato esclusivamente dalla spesa storica, con operazioni di ripianamento a pié di lista, ma la conseguenza dei livelli quantitativi e qualitativi raggiunti previsti per i servizi sanitari, sulla base del rapporto programmazione/finanziamento. S'introduce il Tariffario delle prestazioni e lo Stato paga alle Regioni la quota capitaria.
Per consentire alle strutture, ospedali e unità sanitarie locali, di gestire e controllare i propri processi produttivi ed i costi associati alla produzione del servizio, oltre ad essere sancita la loro trasformazione in aziende dotate di personalità giuridica, patrimoniale ed economica, vengono introdotti nuovi "strumenti" gestionali.
Oltre ad un organo monocratico, il direttore generale, che diventa il responsabile dei risultati conseguiti vengono istituiti: la contabilità generale (per DRG e non più per giornate di degenza), il controllo di gestione e la contabilità analitica per centri di costo e centri di responsabilità.

Infine gli articoli 10 e 14 del D.lgs 502 introducono il concetto di qualità.
In particolare l'art.10 dedicato al **"***Controllo di qualità"* prevede **"***Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale*".

L'art.14 intitolato "Diritti dei cittadini" introduce disposizioni finalizzate a "*garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN".* A tale fine, si prevede la definizione dei contenuti e delle modalità d'utilizzo di "indicatori di qualità" delle prestazioni sanitarie relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, le prestazioni alberghiere, l'andamento delle attività di prevenzione.
L'attenzione alla qualità proseguirà con il Decreto "Contenuti e modalità d'utilizzo degli indicatori d'efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale" emanato il 24 luglio del '95 dal Ministero della Sanità.
Il diffondersi di una filosofia organizzativa sempre più orientata secondo i principi d'efficienza ed appropriatezza, continua nel 1999 con il D.lgs 229, *"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale".*
Il Decreto 229, detto Riforma Ter, oltre a confermare il processo di aziendalizzazione delle strutture e la regionalizzazione del sistema, apporta ulteriori elementi significativi di cambiamento
Esso modifica i livelli di assistenza LEA (Art.1) da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti di parte corrente ed in conto capitale, introduce e definisce il principio dell'integrazione socio-sanitaria (Art.3-septies) per la cui realizzazione assumono un ruolo centrale il Distretto (a cui dedica ben tre articoli) ed il Comune, individua nel Dipartimento il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie (Art.17 –bis) ed infine rivisita il rapporto pubblico-privato attraverso il riconoscimento del pluralismo nell´organizzazione e nell´attività del Servizio sanitario nazionale definendo la normativa in materia di accreditamento[11] secondo il sistema delle quattro "A": Autorizzazione alla realizzazione; Autorizzazione all'esercizio; Accreditamento; Accordo contrattuale (Art.8-bis).
Per ciò che attiene i livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA), citando l'articolo sopradetto, questi comprendono *"le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale…….e che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate".*
Sono "…definiti dal PSN nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso dell'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché all'economicità nell'impiego delle risorse ….".
"*Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: a) non rispondono a necessità assistenziali… b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza".*
Inoltre con la legge 229 del '99 viene introdotto l'importante principio dell'integrazione socio-sanitaria che segna una tappa fondamentale rispetto ad un'evoluzione del concetto della qualità inteso e perseguito non solo in termini di efficacia ed economicità, ribaditi con i LEA, ma assunto anche nella sua dimensione sociale e professionale.
Con l'introduzione delle prestazioni socio-sanitaria[12], definite, all'Art.3-septies, come "…*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle della riabilitazione",* si assiste quindi ad un significativo cambiamento di approccio anche rispetto alla tipologia dei principi ispiratori ed all'oggetto di "miglioramento".
Dunque una riforma orientata a perseguire un sistema di qualità non solo dal lato dell'"offerta" (quantità e qualità delle prestazioni) ma anche della "domanda", focalizzando l'attenzione ed attribuendo un ruolo centrale alla persona, ai bisogni di questa, secondo un'accezione multidimensionale, ed un paradigma volto a garantire continuità e prossimità.
Ciò avrà come diretta conseguenza una valorizzazione del terzo settore oltre che favorire processi di concertazione.
L'Integrazione socio sanitaria ed i livelli essenziali di assistenza verranno ulteriormente affrontati e specificati in due successivi eventi legislativi.

In particolare, nel 2000 viene emanata la Legge 328 ovvero la "Riforma dei Servizi Sociali" che al capo II specifica l'"assetto istituzionale ed organizzativo del sistema integrato di interventi e servizi sociali" ed individua nei Piani di Zona e negli "accordi di programma (così come previsti dalla sopraccitata legge 142/90) gli strumenti per favorire ed attuare il riordino del sistema (Art.19).
Nel 2001, il 14 febbraio, viene emanato il DPCM "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che definisce e classifica le prestazioni socio-sanitarie sulla base di 4 criteri: natura del bisogno, intensità e complessità dell'intervento e della durata, nonché il 29 novembre è la volta del DPCM relativo alla "Definizione dei Livelli di Assistenza" che, oltre a ribadire la ripartizione in tre macro aree: "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro", "Assistenza distrettuale" "Assistenza ospedaliera" fornisce attraverso ben 5 allegati ulteriori specificazioni terminologiche, normative e metodologiche.

Rispetto a quanto illustrato fino ad ora appare chiaro come elementi e valori relativi ad aspetti politici, economici, istituzionali e legislativi siano stati i fattori principali che hanno determinato ed influenzato i processi di cambiamento.
A questo punto della trattazione, risulta necessario, per la rilevanza e l'attualità che riveste, soffermarsi su un ultimo aspetto che riguarda la sfera tecnologica e socio culturale.
Nel contesto di profonda evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale abbiamo avuto modo di vedere come una delle necessità prioritarie del Ministero della Salute, delle Regioni, delle strutture e dei servizi sia stata quella di individuare e definire strumenti in grado di assicurare la qualità tecnica, professionale, percepita ed attesa sia del sistema dell'offerta che di quello della domanda, compatibilmente con i costi, garantendo la continuità attraverso percorsi assistenziali integrati e multidisciplinari nell'erogazione delle prestazioni e tali da soddisfare i cittadini.
E' proprio la necessità di trovare i mezzi per un miglioramento continuo del sistema e di realizzare una "qualità" secondo il moderno approccio di "Total Quality", nonché la peculiarità e complessità del sistema dei servizi alla persona sono i principali fattori che porteranno a focalizzare l'attenzione ed all'affermarsi dell'importanza dell'applicazione e della diffusione dei sistemi di gestione delle informazioni e delle conoscenze e che prende il nome di Sistema Informativo
La rilevanza che l'argomento assume è desumibile dalla stessa definizione riportata in letteratura, che lo considera come "L'insieme di apparecchiature, procedure e persone che hanno il compito di raccogliere, organizzare, selezionare, archiviare e comunicare i dati riguardanti l'attività di un'organizzazione al fine di mettere a disposizione dei responsabili delle decisioni operative tutte le informazioni necessarie per effettuare le migliori scelte possibili" [13].
Inoltre se si prende in considerazione il concetto di sistema aziendale, riportato da alcuni autori in materia di economia aziendale, con particolare riferimento alle aziende di erogazione [14], si evidenzia tutta la complessità che caratterizza i sistemi come quelli atti a soddisfare i bisogni della salute.
Una complessità declinabile in quattro fondamentali e particolari elementi distintivi.
Le aziende di erogazione, quelle finalizzate al soddisfacimento di un bisogno, sono sistemi aperti (in quanto in relazione con un ambiente estero), dinamici (variano nel tempo le condizioni di equilibrio), scomponibili in sottosistemi (costituiti da variabili di entrata -input, di processi di trasformazione e di uscita-output) ed articolati su tre livelli: operativo, tattico e strategico.
Infine l'economia della conoscenza, una branca dell'economia che si occupa di studiare le caratteristiche della conoscenza e delle informazioni, con particolare attenzione a natura, creazione, diffusione, trasformazione, trasferimento e utilizzo della conoscenza in ogni sua forma, evidenzia l'importanza dei legami tra i processi d'apprendimento, l'innovazione e la competitività, sempre più basata sulla conoscenza e di conseguenza sulle risorse intangibili, sul know-how e sulle competenze.
Senza approfondire, per esigenze di sintesi, il vasto argomento, sembrano sufficienti i riferimenti sopra riportati per mettere in luce la rilevanza e la carica innovativa di questa ultima e recente fase di trasformazione che ha investito il sistema sanitario attraverso l'introduzione del sistema informativo.
Ciò costituisce un cambiamento nel sistema della gestione dei servizi non solo sotto il profilo strutturale ma anche e soprattutto di quello culturale.

L'applicazione dei sistemi informativi all'interno dei sistemi aziendali rappresenta, infatti, uno degli strumenti essenziali ed indispensabili per il miglioramento dell'organizzazione, della programmazione e della valutazione dei sistemi di erogazione.
Il S.I. nasce negli Stati Uniti negli anni 60 e venne utilizzato in campo aziendale per calcoli relativi alla contabilità, successivamente, sempre in America, verrà applicato anche nei servizi per la persona ed utilizzato secondo un'accezione ben più ampio, ovvero come parte integrante del sistema di qualità di un'organizzazione e quale strumento atto ad assolvere a due fondamentali funzioni, quella organizzativa, in quanto strumento conoscitivo e di supporto ai processi decisionali, e quella gestionale in quanto strumento operativo.
In Italia il 12/12/2001 il Ministero della Salute emana Il Decreto intitolato "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria".
L'obiettivo primario sotteso al documento normativo è quello di promuovere una cultura orientata alla valutazione nel suo significato moderno multistakeholder, inteso non solo come sistema di audit-assessment, di verifica ed accertamento di conformità a norme e regolamenti, ma anche di monitoraggio, per il controllo costante di un'attività o fenomeno attraverso una rilevazione sistematica di dati, e di giudizio di valore nei confronti di un oggetto in base a dei criteri determinati.
A tal fine il decreto definisce, infatti, gli indicatori come *"informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli Istituzionali"*.
Inoltre stabilisce un set minimo di indicatori e parametri di riferimento appartenenti a 5 fondamentali aree: indicatori di domanda, di risorse, di attività di risultato e di qualità.

Seppure il patrimonio informativo del Sistema Informativo Sanitario (SIS) del Ministero della Salute sia stato costituito nel 1984, solo nell'ultimo decennio la questione è stata oggetto di una reale e più specifica attenzione politica e legislativa.
Il 22 febbraio del 2001 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ha siglato "l'*Accordo Quadro per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS)"* volto a definirne le caratteristiche strutturali e gli obiettivi.
Nel giugno del 2002, il Ministro della Salute istituisce la Cabina di Regia**,** un organismo paritetico Stato-Regioni, che svolge funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del nuovo sistema informativo sanitario[15].
Inoltre il Protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, e sottolineato come il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario sia "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".
In estrema sintesi potremmo dire che il Nuovo Sistema Informativo Sanitario attraverso la disponibilità di dati, affidabili, tempestivi,confrontabili, sottoposti a rigorosi processi di validazione e basati sulla creazione di un record individuale che accumuli nel tempo tutta la storia clinica di ciascun individuo, rappresenta uno strumento essenziale e di supporto a livello nazionale, regionale e locale per il raggiungimento di obiettivi di governo, di servizio e di comunicazione.
Basato sulla cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali e sulla piena condivisione delle informazioni possedute dagli attori del SSN, il NSIS costituisce, dunque, la sorgente informativa condivisa, a partire dalla quale è possibile sviluppare le misure necessarie per bilanciare qualità e costi (da parte delle Regioni, nell'esercizio delle funzioni di governo e del Ministero, nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei LEA), per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini – utenti.

Rispetto alla rilevanza riconosciuta, a livello istituzionale e normativo, dell'implementazione del sistema informativo quale strategia traversale ed essenziale per migliorare tutto il sistema socio sanitario non può non essere citato un ulteriore elemento che ne ha contribuito, in maniera significativa, alla sua diffusione.

Infatti, seppure appaia evidente come i sistemi informativi non possano coincidere né possano essere semplificati o ridotti a sistemi informatici, i notevoli progressi avvenuti nel campo tecnologico ed in particolare in quello informatico, hanno sicuramente contribuito alla loro diffusione applicativa.
Inoltre anche le direttive provenienti ed attuate nel più ampio scenario europeo ed internazionale rivestono la loro particolare rilevanza.
A tale proposito è sufficiente citare la Carta di Lubiana dell'OMS, (già nel 96 affermava come ogni riforma sanitaria dovesse avere come obiettivo il miglioramento della qualità dei servizi erogati, tenendo conto del rapporto costo-efficacia e formulare strategie chiare a questo scopo), o, per arrivare ai giorni nostri, l'iniziativa eEurope 2005, della Commissione delle Comunità europee, che introduce il termine e-health[16] per indicare, insieme all'e-government ed all'e-learning, uno dei tre obiettivi strategici per l'innovazione dei servizi pubblici in Europa. Il Piano d'azione per l'e-health mira all'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione a supporto dei servizi di telemedicina e ad un'organizzazione della sanità supportata intensivamente dall'Information e communication technology (ICT). Il Piano ingloba diversi aspetti della "sanità on line": dalla prescrizione elettronica di medicinali alle cartelle cliniche informatizzate fino all'uso di nuovi sistemi e servizi volti a ridurre i tempi d'attesa e gli errori. Sebbene l'idea del fascicolo sanitario sia nata intorno al 2003 nei Paesi anglosassoni, sotto il nome di longitudinal EHR (Electronic healthcare record), sono pochi i Paesi che ad oggi siano riusciti a implementarlo.
Infine l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2005, ha varato un'iniziativa a livello mondiale per diffondere un approccio orientato al Knowledge Management.
L'iniziativa si propone di migliorare i sistemi sanitari attraverso la riduzione del divario tra ciò che si conosce e ciò che si fa nelle pratiche(Know do gap).
Ricordando, in estrema sintesi, che una definizione particolarmente efficace di Knowledge Management è la seguente: «Avere l'informazione "giusta", nel momento "giusto", per la persona "giusta", per fare l'azione "giusta" o prendere la decisione "giusta"»[17], risulta importante riportare alcuni dei punti chiave della strategia di Knowledge Management individuati dall'OMS tra cui appunto il "Migliorare l'accesso alle informazioni sanitarie" ed il "Sostenere un ambiente abilitante la gestione della conoscenza".

4. I Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche

"L'universo sembra formato da una serie di sistemi, ciascuno contenuto in un altro un po' più grande"[18]. Questa definizione, tratta dal testo di Cibernetica e di direzione aziendale di Stafford Beer, ci introduce egregiamente nel nostro oggetto di discussione ed alla nostra realtà: i recenti cambiamenti organizzativi e gestionali nei Dipartimenti delle Dipendenze nella regione Marche.

Le molteplici trasformazioni ed evoluzioni viste sino ad ora nell'ambito della Pubblica Amministrazione e nel sistema sanitario e socio sanitario hanno investito anche i servizi per le dipendenze patologiche che parallelamente ad una complessificazione e diversificazione della problematica sono stati e continuano ad essere oggetto di un processo di cambiamento e di evoluzione sia sul piano operativo che organizzativo.

Nel 1975, in un periodo storico di pieno riformismo[19], nascono i servizi per le dipendenze, istituiti con la Legge n° 685 del 22 dicembre che porta il titolo: "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi casi di tossicomania".
Se la legge precedente (n.1041 del '54) [20] poneva il tossicodipendente dinanzi a due sole possibilità il carcere, oppure il manicomio, con la legge 685 la tossicodipendenza diviene anche un problema sociale e sanitario: il tossicodipendente e la sua famiglia possono accedere a dei servizi di cura e riabilitazione predisposti ad hoc.
Vengono istituiti, a livello provinciale, i CMAS (Centri Medici di Assistenza Sociale) gestiti in un primo tempo dai Comuni ed in seguito dalle U.S.L.
La centralità data, dalla 685, all'aspetto della "cura" secondo un'accezione medico-sanitaria, concorre, dal punto di vista istituzionale, ad attribuire al Ministero della Sanità la leadership di questo dicastero[21] nella implementazione della legge ed il compito di direzione, indirizzo e di coordinamento delle

politiche di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti, nonché di curare i rapporti con i diversi organismi internazionali, quindi anche con gli uffici delle Nazioni Unite (Art.1).
Inoltre "Le funzioni di prevenzione ed intervento contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale delle persone interessate, sono esercitate dalle regioni" (art.90) e "sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici".
La legge di riforma sanitaria 833, precedentemente illustrata, attribuisce alle USL il compito d'individuare i presidi socio-sanitari nel cui ambito operino servizi che possano provvedere alla somministrazione dei farmaci di sostituzione e all'accertamento del reale stato di tossicodipendenza ed individua nel piano sanitario regionale (istituito con la 833) lo strumento per costituire, presso ogni USL, i CTST (Coordinamento per la tutela e la salute dei tossicodipendenti). Al pari dei CMAS, anche i CTST sono strutture di coordinamento, non ancora servizi veri e propri.

4.1 Dal 1975 al 1990: quindici anni di implementazione della legge 685/75

La diversa presenza e percezione del fenomeno nelle diverse regioni italiane così come il diverso attivismo di attori politici ed amministrativi nel realizzare quanto prescritto dalla legge saranno tra le principali cause che porteranno ad un'applicazione non omogenea della stessa, sia in termini di distribuzione geografica dei servizi che di aree tematiche.
La disomogeneità del grado di applicazione della 685 trova inoltre motivazione in un'ulteriore considerazione relativa all'introduzione della possibilità di ricorrere alla collaborazione *"degli Enti ausiliari che svolgono senza fine di lucro la loro attività con finalità di prevenzione del disagio psicosociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti" (*art.92).
Di fatto, con l'introduzione degli Enti ausiliari si determinerà la presenza di attori molto diversi tra loro per motivazioni, formazione, cultura e sopratutto per il tipo di rapporti che instaureranno con il servizio pubblico.
L'assenza di criteri rigidi per l'intervento, che all'epoca del varo della legge venne considerata da molti un'opportunità di adattamento e flessibilità alle diverse realtà sociali del paese, favorirà la diversificazione degli interventi e delle terapie adottate.
In seguito alla 685, lo scenario del sistema dei servizi che si viene configurando in Italia per il trattamento delle dipendenze patologiche si configura in due principali tipologie di"offerta": quella dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e quella delle Strutture socio-riabilitative.
Due sistemi con una diversità non solo rispetto alla natura giuridica ed alla tipologia d'intervento, (pubblici, di tipo ambulatoriale e socio-sanitari i primi, per la maggior parte dei casi, private e di tipo residenziali e/o semiresidenziali le seconde) ma anche, in taluni casi, all'approccio d'intervento: sin dalla prima metà degli anni '80 alcune comunità si porranno come alternativa non farmacologica alla cosiddetta "droga di stato", il metadone, che viene ritenuto da costoro l'unico strumento e l'unica strategia impiegata dai Cmas dove l'aspetto medico, la cura di tipo farmacologico, diviene l'attività prevalente dei servizi pubblici.
La relativa giovinezza dei servizi, la complessità della problematica oggetto di trattamento così come la necessità d'indicazioni specifiche, in particolare rispetto alle terapie farmacologiche cosiddette sostitutive[22], saranno gli argomenti principali del dibattito legislativo di questo periodo storico e da cui ne deriveranno ben 5 decreti. Nello specifico, la gestione della "medicalizzazione" della risposta istituzionale rispetto alle tipologie, alla quantità delle terapie farmacologiche da impiegare, ai tempi, ed alle modalità di somministrazione saranno gli aspetti più controversi e dibattuti e che porteranno a quella che può essere definita come la stagione dei decreti ministeriali.
A tre anni infatti dalla 685, il Ministero della Sanità emanerà una serie di atti legislativi che vanno dai cosiddetti Decreti Anselmi (emanati nel '78, il 6 giugno e 4 agosto) ed i Decreti Aniasi (entrambi dell"80, il 7 agosto e 10 ottobre) che tentano di dare una cornice normativa ai primi trattamenti pionieristici contenendo specifiche indicazioni rispetto ai farmaci da utilizzare (Metadone sciroppo e Morfina in via sperimentale), alle strutture competenti per la loro utilizzazione e per l'organizzazione del programma terapeutico (la responsabilità della terapia sostitutiva con il metadone fu affidata agli

ospedali, mentre tutti gli altri interventi a carattere medico, psicologico e riabilitativo rimanevano di competenze delle poche strutture territoriali esistenti). Al medico "curante" si dava la possibilità di partecipare a tale intervento terapeutico, ma solo come attività integrativa di supporto.
Il 23 ottobre del 1985, il Ministero della Sanità con specifico Decreto revocherà la possibilità della utilizzazione, anche a livello sperimentale, della morfina .
Sarà solo con la nuova legge del 26 giugno 1990 n. 162, (di revisione della legge 685/75), in particolare con il Decreto del Ministero della Sanità n. 445 del 19 dicembre 1990 che la problematica degli interventi terapeutici troverà una nuova definizione riconoscendo il Metadone sciroppo come unico farmaco utilizzabile quale sostitutivo e comunque come strumento di trattamento all'interno di un ampio programma di recupero anche psicologico e riabilitativo.

4.2 La nuova regolazione legislativa: la legge n. 162 del 26 giugno 1990

La legge n. 162, pubblicata il 26 giugno 1990, intitolata "Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 recante la disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cure e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" e che verrà successivamente inserita nel Testo Unico delle leggi in materia di tossicodipendenza, D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990, nasce con la volontà di fondo da parte del legislatore di ampliare la gamma delle possibilità di azioni rispetto al fenomeno delle tossicodipendenze: offrire uno strumento che garantisca l'intervento dello Stato e delle Regioni verso le tre direzioni della prevenzione, della cura e della riabilitazione, consentendo che accanto al servizio pubblico operino altri soggetti, e lasciando agli operatori la scelta degli interventi e delle terapie più consone ai diversi individui e alle diverse realtà sociali.

Vengono istituiti i Ser.T. (Servizio Tossicodipendenze), a cui sono demandate le sopra dette attività "pubbliche" relative alle tossicodipendenze ed alle patologie correlate. I Ser.T. operano in collaborazione con altri settori della sanità e con le organizzazioni del privato sociale. I Ser.T., a differenza dei CMAS e dei CTST, sono servizi autonomi, con una propria responsabilità gestionale ed organizzativa.

Sarà con il Decreto Ministeriale n. 444 (30 novembre 1990), "Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unita' sanitarie locali" e nel 1999 con la legge n. 45 recante "Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze" che verranno introdotti e definiti ulteriori importanti aspetti quali, ad esempio, le tipologie e la quantità delle risorse umane, i compiti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze.
In estrema sintesi se gli anni 70 ed 80 hanno visto un impegno operativo, legislativo, politico e culturale volto ad implementare ed a riflettere sul "cosa fare" e "come", a partire dagli anni novanta, (in linea con le trasformazioni in atto, precedentemente viste, sia nella P.A. che nel S.S.), sulla base delle esperienze maturate, seppur brevi ed ancor altamente incerte, si aprirà una stagione di importanti cambiamenti sotto diversi aspetti da quello politico-legale a quello organizzativo - gestionale.
Con l'emanazione del Testo Unico 309 vengono ridefiniti gli organi di indirizzo dell'azione antidroga sia a livello nazionale che locale con il diretto coinvolgimento della Presidenza del Consiglio dei Ministri che assume la responsabilità politica dell'implementazione delle politiche nazionali in questo settore[24].
Viene istituito, presso il Ministro della Sanità, il Servizio Centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti (art.3), con funzioni di coordinamento ed articolato in almeno quattro settori che si occupino di sostanze stupefacenti o psicotrope, prevenzione dell'AIDS e delle patologie correlate fra i tossicodipendenti, alcoolismo e tabagismo (art.4).
Vengono ampliati i poteri del Ministero dell'Interno nel settore del coordinamento delle azioni preventive e repressive così come vengono previste collaborazioni ed interventi dell'Italia in campo internazionale per contrastare la produzione delle droghe ed aiutare i paesi produttori ad una riconversione delle colture illecite.
Dal punto di vista legale viene abolito l'articolo 80[25] della legge 685/75 e viene sanzionata la detenzione di qualsiasi quantitativo di stupefacenti. L'articolo 13 stabilisce che *"E' vietato l'uso personale di sostanze*

stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III e IV...". La gamma delle sanzioni è piuttosto ampia e diversificata, e va dalle sanzioni amministrative, ai provvedimenti dell'autorità giudiziaria, ovvero le sanzioni penali. Inoltre con l'articolo 72-ter viene sanzionato chi abbandona le siringhe in luogo pubblico
Sul piano organizzativo e gestionale viene creato un Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (art. 106) presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per il finanziamento dei progetti; l'articolo 107 prevede contributi per la costruzione o l'ampliamento di immobili destinati a sedi di comunità terapeutiche e l'articolo 108 concede strutture demaniali in uso per la creazione di centri di cura e recupero.
Vengono potenziati gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi (art. 95), affidati al coordinamento e direzione delle Regioni e degli enti locali (art. 90), attraverso la collaborazione degli Enti ausiliari (art. 92) che, attraverso l'iscrizione in appositi albi (art.93), possono accedere a convenzioni (art. 94) [26.]
Viene dedicato un titolo agli interventi informativi ed educativi, in particolare rivolti al mondo scolastico nei quali viene prevista l'attivazione dei Centri di Informazione e Consulenza all'interno dei quali possono intervenire sia i servizi pubblici che gli enti ausiliari.

Mentre alcune questioni quali, la strumentazione offerta alla polizia per il contrasto al traffico e allo spaccio, l'impegno internazionale dell'Italia nella lotta alla droga e per la riconversione delle colture illecite, il reimpiego dei beni sequestrati ai trafficanti per finanziare attività di prevenzione e repressione, l'impegno rinnovato nella informazione e prevenzione in particolare nella scuola, e sopratutto la creazione del Fondo Nazionale, strumento unificato di finanziamento delle attività in materia, hanno costituito le innovazioni ritenute più positive, gli aspetti che invece produssero le maggiori critiche, da parte degli operatori dei servizi pubblici, in particolare di quelli che si riconoscevano nel cartello "Educare, non punire" furono relative all'ambivalenza che la nuova normativa aveva introdotto tra la funzione riabilitativa e quella punitiva.
Secondo i sostenitori di quest' ultimo pensiero, la contraddittorietà di ruolo prodotta dalla nuova normativa sarebbe alla base di gravi conseguenze nel rapporto terapeutico con i pazienti distruggendone il carattere fiduciario, alterandone gli aspetti motivazionali, in particolare spostando la domanda da una richiesta autentica d'aiuto alla necessità e volontà di sfuggire alle sanzioni ed infine minandone l'efficacia del percorso terapeutico
Inoltre venne sottolineato da molti come il duplice ruolo riabilitativo e di controllo, con utenti ai quali manca una reale motivazione al "cambiamento", determinasse un alto rischio di burnout e demotivazione tra i professionisti.

4.3 Il referendum e la Prima Conferenza Nazionale sulla Droga

Il 18 aprile 1993, il referendum abroga una serie di articoli del Testo Unico, cancellando dalla legislazione italiana il concetto di dose media giornaliera ed abolendo la possibilità di sanzioni penali per il consumatore, verso il quale possono essere disposte solo sanzioni amministrative.
Due mesi dopo la celebrazione del referendum, come stabilito dalla legge 162/90, si tiene a Palermo (24-26 giugno) la Prima Conferenza Nazionale sulla Droga, alla quale partecipa l'intera policy community, e che rappresenta un importante momento di confronto e riflessione di tutta la comunità politica e professionale rispetto alla gamma delle opzioni e degli approcci messi in atto per un'efficace risposta ad un fenomeno complesso e senza univoche soluzioni al quale si sono aggiunti ulteriori elementi che ne aumentano la problematicità, come l'AIDS[27].
A conferma di un processo in forte evoluzione, nel corso della Conferenza vengono affrontate anche nuove tematiche sia rispetto al alcune nuove tipologie d'intervento, come ad esempio le Unità mobili, i distributori automatici di siringhe, che ai nuovi approcci alla tossicodipendenza come "La riduzione del danno" [28] (harm reduction) ed infine per ciò che concerne le nuove modalità della gestione dei servizi.

Rispetto a quest'ultimo argomento, la Conferenza introduce due importanti concetti quali quello del coordinamento organizzativo e della valutazione epidemiologica. Da una semplice, seppur importante, fase storica incentrata sulla distribuzione delle competenze e delle attività, ad una nuova fase in cui due

obiettivi primari divengono l'integrazione, sia a livello progettuale che operativo, e l'azione valutativa elemento trasversale,qualificante ed indispensabile sia in corso d'opera che al termine stabilito.
L'importanza posta al concetto d'integrazione porterà non solo alla progettazione di strategie d'intervento secondo una logica di network nel sistema del welfare, ma richiamerà l'attenzione su tutta una serie di problematiche complementari ed, appunto, spesso integrate a quella della tossicodipendenza quali ad esempio l'AIDS, la detenzione carceraria dei tossicodipendenti e l'alcolismo, di cui si riporta di seguito una breve rassegna dei principali eventi legislativi.
Alla fine degli anni novanta verrà emanato il decreto (18 novembre 1998): "Schemi di convenzione per prestazioni assistenziali, da parte di aziende sanitarie, ai casi di AIDS nei confronti dei detenuti".
Nel 1999 il Decreto Legislativo n°230 (22 giugno) in cui viene definita un'adeguata assistenza ai detenuti tossicodipendenti attraverso un ruolo attivo e centrale dei Ser.T. all'interno delle carceri. Viene trasferita dalla sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, la piena responsabilità della tutela della salute dei tossicodipendenti detenuti alle Regioni e, conseguentemente alle Aziende USL ed ai Ser.T.
La normativa ha subito ulteriore aggiornamento il 21 febbraio 2005 – con l'art. 96, comma 3, il quale prevede che "le unita' sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena e in collaborazione con i *servizi* sanitari interni dei medesimi istituti, provvedono alla cura e alla riabilitazione dei detenuti *tossicodipendenti* o alcolisti".

Infine la L.125/2001 sull'alcol e problemi alcolcorrelati attribuisce alle regioni la programmazione d'interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale di alcolisti, e l'attivazione dei relativi servizi e strutture, anche avvalendosi delle organizzazioni private e del terzo settore accreditate.
Alla fine degli anni 90, in seguito ad una serie d'importanti eventi normativi in materia di welfare precedentemente illustrati, con l'Accordo Stato-Regioni del 05/08/99 il principio dell'integrazione troverà applicazione non solo sul piano operativo ma anche su quello organizzativo: i Ser.T. diverranno Dipartimenti o Strutture Territoriali Dipartimentali per le Dipendenze Patologiche.
Si legge nell'atto d'Intesa: *"…Nel corso di questi anni sono avvenuti… cambiamenti rilevanti tanto sul versante del consumo che su quello delle strategie di cura e riabilitazione. In quest'ultimo campo l'ampliamento degli obiettivi da raggiungere per il superamento della dipendenza, la salvaguardia della salute, il miglioramento della qualità di vita delle persone tossicodipendenti e la prevenzione dell'emarginazione richiede l'utilizzo di interventi complessi di natura sociale, sanitaria ed educativa e, conseguentemente, una gamma di servizi diversificati, ma integrati tra loro…..Conseguentemente, anche i criteri di accreditamento proposti nel presente atto d'intesa includono, sia per il settore pubblico che quello privato, l'obbligatoria adozione di strumenti di valutazione condivisi, scientificamente validati e confrontabili, ulteriormente favorendo il processo di confronto costruttivo e di integrazione, nonché la trasparenza e la correttezza del rapporto con gli utenti."*

Dunque cambiamenti nella strutturazione dei servizi in linea ai mutamenti, al differenziarsi ed all'insorgere di nuovi bisogni, e parallelamente, la necessità di adottare strumenti di valutazione come supporto ai processi di conoscenza, operativi e decisionali, sono i due nuovi elementi di riflessione.
Per le amministrazioni pubbliche e private, per i cittadini ma, soprattutto, per le persone direttamente coinvolte nei trattamenti per l'abuso di sostanze, sempre più forte è l'esigenza di capire se gli interventi sono appropriati, se funzionano, se sono efficaci nel ridurre il consumo di sostanze, se migliorano lo stato di salute psico-fisica dei pazienti e la loro qualità di vita, se favoriscono il reinserimento sociale.

4.4 L'attuale sistema di monitoraggio e di valutazione nei servizi per le dipendenze patologiche: storia dei nostri giorni

Non risulta facile sintetizzare ed illustrare in poche righe il sistema di monitoraggio e di valutazione utilizzato nei servizi per le tossicodipendenze in Italia, ciò è da ricondurre al notevole livello di complessità e frammentarietà che lo caratterizza.
Diversi, infatti, sono i destinatari dei flussi informativi (Ministero della Salute per ciò che concerne le attività dei Ser.T., Ministero dell'Interno per quelle delle strutture socio-riabilitative), molteplici gli strumenti (numerose schede accomunate dal solo fatto di raccogliere dati ed informazioni di tipo aggregato) così come diverse le periodicità di rilevazione.
Pertanto si ritiene opportuno per una visione complessiva, riportare gli aspetti ed i punti salienti.

La legge 444 all'articolo 3 punto H, attribuiva ai Ser.T., tra le altre funzioni quella di *"valutare periodicamente l'andamento e i risultati del trattamento e dei programmi di intervento sui singoli tossicodipendenti in riferimento agli aspetti di carattere clinico, psicologico, sociale, nonché in termini di cessazione di assunzione di sostanze stupefacenti*" e al punto I il compito di "*rilevare i dati statistici ed epidemiologici relativi alla propria attività e al territorio di competenza*".
Il D.P.R. 309/90 ha demandato al Ministero della Sanità il compito di rilevare informazioni sugli aspetti epidemiologici della tossicodipendenza, sulle patologie correlate e sulle attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) in materia di cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di droga.
Con il decreto ministeriale del 3 ottobre 1991, sono stati definiti i modelli per la rilevazione dei dati statistici relativi all'attività e alle caratteristiche strutturali dei SERT, i quali sono stati in vigore fino al giugno del 1997.
Infatti, il 20 settembre 1997 con il Decreto ministeriale "Modifica delle schede di rilevamento dei dati relativi alle attività dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT)" sono stati introdotti nuovi modelli di rilevazione (entrati in vigore dalla rilevazione relativa al 15 dicembre 1997) volti a "migliorare la qualità della rilevazione e di adattarla maggiormente alle recenti esigenze informative sul fenomeno della tossicodipendenza" [29].
Le principali modifiche hanno riguardato l'eliminazione delle informazioni rivelatesi nel tempo poco utili o non attendibili (ad es. analisi delle urine), la ridefinizione delle modalità richieste per alcuni tipi di informazioni (tipologia di trattamento; tipo di sostanza stupefacente d'abuso) e l'introduzione di informazioni importanti al fine di una migliore valutazione dell'attività dei Servizi (ad es.: soggetti "appoggiati"; personale in rapporto "a convenzione") o di una più adeguata conoscenza del fenomeno tossicodipendenza (ad es.: uso primario per via endovenosa; positività epatite virale C)[30].
Inoltre con il D.M. [31] del 4 settembre *1996* viene istituita anche la "R*ilevazione* di *attività* nel settore dell'alcoldipendenza**".**
Entrambe le tipologie di rilevazioni sono inviate dai SERT su supporto cartaceo, magnetico o per posta elettronica, al Ministero della Sanità ed alle regioni di competenza.
Con periodicità annuale ed attraverso otto schede per le tossicodipendenze e sette per il settore dell'alcodipendenza, vengono rilevati dati relativi ad un intero anno solare.
Le informazioni monitorate riguardano: dati anagrafici dei SERT (modelli SER.01 e ALC.01); caratteristiche del personale assegnato al servizio (situazione al 31 dicembre di ciascun anno) (modelli SER.02 e ALC02); utenti (nuovi, già in carico) distribuiti per fasce di età e per sesso (modelli ANN.01 ALC 03); utenti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso primario/ bevanda alcolica d'uso prevalente e secondario (modelli ANN.02 ALC 04);tipologia di funzioni svolte dal servizio o gruppo di lavoro e numero per tipologia degli enti/associazioni presenti nel territorio di competenza (modelli ALC.05 e ALC.07); utenti distribuiti per tipologia dei trattamenti (modello ALC.06), tipologia dei trattamenti per sede del trattamento e numero di utenti, per sesso, trattati presso le strutture socio-riabilitative (modello ANN.03); utenti (nuovi, già in carico) distribuiti per sesso e per positività al test sierologico HIV, test epatite virale C, e test epatite virale e B (modello ANN.04, ANN.05 ANN.06);
Per il settore delle tossicodipendenze vi è inoltre una rilevazione con una periodicità semestrale volta a raccogliere dati di tipo puntuale in riferimento ai soggetti in carico alla data del 15 giugno e del 15 dicembre di ciascun anno. Attraverso una sola specifica scheda (modello SEM.01) viene rilevato il numero di utenti distribuiti per sesso, per sostanza d'abuso primaria, per tipologia e sede del trattamento (tra cui nello specifico "presso strutture riabilitative" ed "appoggiati").
Oltre all'area delle tossicodipendenze ed alcoldipendenze vi è poi un sistema di rilevazione specifico per le strutture socio riabilitative, istituito con il Decreto del Ministero della salute del 30/10/1993 "Scheda di rilevazione dei dati concernenti le strutture socio riabilitative nel settore della tossicodipendenza" e che prevede la compilazione di tre moduli: le schede "STR.01 I° parte" e "STR.O1 II° parte" che raccolgono informazioni di tipo anagrafico delle strutture, il numero e la tipologia del personale, e la scheda "STR.01 III° parte" che rileva il numero degli utenti per tempo di permanenza e le tipologie delle attività svolte presso le strutture.
E' inoltre opportuno ricordare che per ciò che attiene il sistema dei flussi informativi di carattere nazionale, parallelamente a quelle sopra indicate vi sono altre due rilevazioni specifiche e relative alle

strutture socio-riabilitative, una di tipo annuale (scheda B) volta a raccogliere dati ed informazioni sia delle strutture (denominazione,sede, natura giuridica, risorse umane, attività) che degli utenti trattati nel corso dell'anno (età, sesso, titolo di studio, condizione professionale, aduso primario, età di primo abuso per tipologia di sostanza) ed una seconda di tipo trimestrale (scheda B1) volta a rilevare il numero "puntuale" degli utenti il 31. 03 ; 30.06; 30.09 e 31.12.
Istituite dal Ministero dell'Interno attraverso il coinvolgimento delle Prefetture del territorio di competenza, la prima realizzazione di tali rilevazioni risale al 1985, modificata poi con la Circolare n.15800 del 15.06.1996, in cui si specifica: "Al fine di adeguare il sistema informativo alle modifiche intervenute, soprattutto nel versante delle strutture socio-riabilitative per la cura dei tossicodipendenti. E' stato …necessario adottare un nuovo criterio di classificazione…. Il nuovo sistema di classificazione, che entrerà in vigore a partire da marzo 1995, è il seguente. Strutture socio-riabilitative di tipo Residenziale, Semiresidenziale/diurne, Non Residenziali/ambulatoriali".
Infine il Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica - richiede annualmente alle Prefettura una relazione circa le iniziative attuate dagli organi statali, dagli Enti locali e dal settore privato in materia d'informazione, sensibilizzazione, promozione e coordinamento per la lotta alla droga (scheda C).
Le criticità sul piano metodologico e la scarsa qualità delle informazioni rilevabili dal sistema sopra descritto sono stati i principali fattoti che hanno indotto a rivedere le tecniche e le procedure di monitoraggio e valutazione in uso presso i servizi per le dipendenze patologiche.

4.4.1 Evoluzione del sistema

Come detto in precedenza, il sistema di rilevazione utilizzato nei Servizi per le tossicodipendenze si è, da sempre, basato sull'utilizzo di schede di dati aggregati; tale metodologia, seppure adeguata per alcune finalità, presenta degli svantaggi, in particolare per quanto riguarda la possibilità di effettuare incroci di più variabili (volendo riportare un esempio: numero di utenti maschi di età compresa fra 20 e 25 anni in trattamento farmacologico), come pure di raccogliere informazioni su variabili tipiche dei casi incidenti (ad esempio: consumo di eroina nell'ultimo mese).
Per tale motivo, da tempo, alcune Regioni ed alcuni studi, come ad esempio il "First treatment demand" (FTD) realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità, hanno sperimentato l'utilizzo di sistemi di raccolta di dati individuali.
In teoria l'implementazione di banche dati individuali non dovrebbe presentare eccessive difficoltà tenuto conto del fatto che i dati nascono, per definizione, individuali e vengono aggregati per rispondere ai diversi "debiti informativi" tra cui la rilevazione del Ministero della Salute. In pratica si tratta di un carico di lavoro non indifferente, specie per i servizi ad alta utenza e che, comunque, per essere efficiente deve prevedere l'utilizzo di banche-dati di tipo informatizzato che comprendano sia i nuovi utenti, che la "storia" del servizio.
Inoltre il trattamento di dati nominativi, anche anonimizzati ma caratterizzati da un codice univoco d'identificazione (come ad esempio il codice fiscale o alcuni codici in uso in determinate regioni), specie se effettuato da persone ed Enti non responsabili della gestione clinica (Regioni, Ministeri, ecc.), presenta problemi di compatibilità con la legge sulla "privacy" (legge n. 675 sopra descritta); l'utilizzo di codici non univoci (che non consentono, cioè, in alcun modo di risalire direttamente alle generalità anagrafiche del soggetto), da un lato non previene completamente il fenomeno delle "doppie conte", dall'altro comporta comunque un certo rischio d'individuazione indiretta degli utenti, specie nei piccoli centri.
L'implementazione delle banche dati individuali è ora divenuta una necessità inderogabile in seguito alle iniziative dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (OEDT).
L'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle tossicodipendenze, (EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) è un'Agenzia costituita nel 1993 dall'Unione Europea[32] con sede in Lisbona, ed ha il compito di fornire informazioni obiettive, anonime, affidabili e comparabili che permettano all'Unione Europea ed agli stati membri di avere una visione complessiva del fenomeno delle tossicodipendenze e delle loro conseguenze.
Migliorare i fondamenti scientifici delle politiche in materia di lotta all'uso di sostanze è il principale obiettivo istituzionale che l'Osservatorio Europeo persegue attraverso due fondamentali strategie:

definizione di un set minimo di indicatori standard e Sviluppo di una rete di raccolta e valutazione dei dati tramite Osservatori nazionali.
Cinque sono gli indicatori epidemiologici chiave definiti dall'Osservatorio Europeo, approvati dal Consiglio d'Europa ed a cui ogni stato membro dovrà rispondere: "Uso di sostanze nella popolazione generale"; "Prevalenza di uso problematico di sostanze"; "Domanda di trattamento degli utilizzatori di sostanze; "Morti correlate e mortalità degli utilizzatori di sostanze"; "Malattie infettive correlate (HIV, epatiti)"[33].
"Indicatori" dunque, da armonizzare nell'immediato futuro, tra cui anche quello relativo alla "Domanda di trattamento" cioè il flusso delle informazioni provenienti dai centri di cure. A questo proposito, a seguito di vari progetti sperimentali, l'OEDT ha messo a punto, con il consenso dei rappresentanti degli Stati membri, un documento di Linee guida sulla raccolta dei dati dai centri di trattamento che deve costituire la base tecnico-scientifica per le normative nazionali, regionali e locali[34].
Nelle linee guida dell'OEDT viene riportata la lista delle "informazioni minime" ("core items") che devono essere raccolte dai centri di trattamento per tutti i nuovi pazienti e quelli "rientrati" in trattamento nel corso dell'anno, inoltre contiene le direttive sulle modalità di raccolta dei dati (definizione di caso, "timing" della raccolta, ecc. [35]) e le "schede-tipo" di dati aggregati che le autorità nazionali devono inviare annualmente all'OEDT come proprio debito informativo.
Nel 2002 in Italia viene costituito un Gruppo tecnico, coordinato dalla Regione Veneto e dal Ministero della salute, per predisporre, insieme con i rappresentanti delle regioni, alla luce delle indicazioni europee, le linee-guida nazionali per la raccolta delle informazioni sul settore dei trattamenti delle dipendenze, compresi gli standard per i prodotti informatici e le relative modalità di interconnessione fra i sistemi regionali: progetto "SESIT" (Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze) [35] .

Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il 15 marzo 2004 viene istituito il "Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga" a cui vengono demandati tra i diversi compiti, oltre il coordinamento delle pubbliche amministrazioni, la promozione e la collaborazione con i vari servizi del privato sociale sulle politiche atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, la raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze la definizione e l'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, l'elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'esterno delle informazioni sulle tossicodipendenze.
Lo stesso decreto prevede che nell'ambito del Dipartimento operi l'Osservatorio italiano sulle droghe e sulle tossicodipendenze, il quale "*cura la raccolta, l'elaborazione e l'"interpretazione di dati ed informazioni statistico-epidemiologici, farmacologico-clinici, psicosociali e di documentazione sul consumo, l'abuso, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope, provvede alle esigenze informative e di documentazione delle amministrazioni pubbliche centrali, territoriali e locali e delle strutture del privato sociale; cura la collaborazione con le altre strutture informative esistenti sul territorio; definisce ed aggiorna le metodologie per la rilevazione e l'elaborazione dei dati raccolti*"
Con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2009 alle competenze precedenti vengono aggiunte: *"Il Dipartimento cura la definizione ed il monitoraggio del piano di azione nazionale antidroga, coerentemente con gli indirizzi europei in materia….Provvede, mediante sistemi di allerta precoce, così come previsto dagli indirizzi europei in materia, all'evidenziazione dei rischi e delle possibili conseguenze rilevanti per la salute della popolazione… provvedendo alla sorveglianza e al controllo dell'andamento del fenomeno e assicurando il regolare flusso dei dati richiesto dalle strutture e dalle amministrazioni europee competenti nel settore. Promuove, finanzia e coordina attività, di studio, ricerca e prevenzione nel campo dell'incidentalità correlata all'uso di droga e alcol"*

4.4.2 Progetto SIMI (Sistema integrato multicentrico di indicatori)

Nel 2006, al fine di contribuire allo sviluppo di una gestione integrata e sinergica dei flussi informativi afferenti alle diverse amministrazioni dello Stato, il Dipartimento Nazionale per le politiche Antidroga (DNPA) in collaborazione con la Direzione generale per la prevenzione sanitaria del Ministero della Salute e la Direzione centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno e nell'ambito dell'accordo di programma di ricerca attivato con il CNR[37], ha inoltre attivato il progetto SIMI, un'iniziativa in continuità e di sviluppo rispetto al SESIT.

Il Sistema Integrato Multicentrico di indicatori aveva infatti come obiettivo primario quello di ampliare ed integrare le informazioni provenienti dalle diverse fonti istituzionali e riguardanti i soggetti consumatori problematici di sostanze stupefacenti.
Implementando strumenti di monitoraggio che riguardino tutte le strutture che interagiscono con i soggetti che usano/abusano di sostanze stupefacenti (Prefetture, Servizi territoriali pubblici e del privato sociale, Istituti penitenziari, Ospedali, ecc..), il SIMI intende definire ed adottare un sistema informativo integrato basato su record individuali tale da consentire di seguire il percorso individuale ed evitare conteggi multipli dei soggetti entrati in contatto con strutture diverse.
Nel caso specifico, partendo dalle esperienze già maturate, accanto all'analisi delle caratteristiche degli utenti dei servizi territoriali per le dipendenze, sviluppa l'analisi dei soggetti segnalati alle Prefetture per uso di sostanze illegali e degli eventuali provvedimenti adottati.

Ultimo degli eventi, che in senso cronologico vanno a completare il ricco e complesso quadro degli elementi innovativi introdotti nel sistema dei servizi per le dipendenza ed estremamente rilevante per la vastità degli argomenti che affrontai, è costituito dal *Piano Nazionale Antidroga* per il trienno *2010-2013*[38], varato dal Consiglio dei Ministri il 28 ottobre 2010 .
Il Piano, adattando le indicazioni Europee e delle Nazioni Unite in materia, alla realtà italiana e sulla base degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga[38], contiene le linee guida strategiche, gli indirizzi ed i principi a cui ogni singola Regione e Provincia Autonoma dovrà ispirarsi e "prendere in considerazione, declinandole (in piena e totale autonomia) al fine di renderle effettive e concrete"[40].
Cinque sono i punti principali considerati ed affrontati nel documento.
Prevenzione (da quella selettiva[41]e precoce alla valorizzazione dell'approccio educativo "competente" sia nella famiglia che nella scuola.), cura (riformare il sistema dei servizi sia pubblici che privati riqualificando l'intera rete dell'offerta, attraverso una valutazione e selezione delle terapie e dei trattamenti sulla base di evidenze scientifiche, per superare il rischio di cronicizzazione delle persone in trattamento), riabilitazione e reinserimento (ritenendo possibile e fondamentale recuperare sempre e totalmente la persona tossicodipendente e reinserirla a pieno titolo nella società, prevede l'attivazione di vere e proprie unità dedicate al solo reinserimento), legislazione e contrasto (tematica affrontata con una serie proposte di modifica della legislazione in materia vigente[42]); Monitoraggio e valutazione (azioni per incentivare i sistemi di allerta nazionali per contrastare il pianeta delle nuove addiction: nuove droghe sul mercato, lotta agli smart shop e al traffico di sostanze via internet, monitoraggio dei consumi attraverso il controllo dei metabolici nelle acque reflue e nell'aria, attivazione di un sistema informativo –SIND- che permetterà una lettura più tempestiva delle variazione del fenomeno, introduzione, come criterio di finanziabilità degli interventi, della presenza di sistemi di valutazione dei risultati e dell'efficacia degli interventi, nei servizi e nelle comunità); infine una serie di "azioni trasversali" relative alla ricerca nel campo delle neuroscienze, alla formazione degli operatori, al coordinamento tra tutte le forze in campo ed ai rapporti internazionali.
Per ognuno dei cinque punti, il piano prevede un consistente numero di progetti[43] **"**….già finanziati, concreti e molto articolati, al fine di trasformare gli intenti in attività reali"[44].

La vastità degli argomenti affrontati dal PAN, impone la necessità di focalizzare l'attenzione della presente trattazione su una specifica sezione quella dedicata al monitoraggio e valutazione che, per altro contiene ben 10 progetti.
In particolare i progetti GPS (General Population Survey) e SPS (Student Population Survey) – ITA[45] due indagini, rispettivamente rivolte alla popolazione generale 15-64 anni ed a quella scolastica 15-18 anni sul consumo di sostanze psicotrope e sulla percezione del rischio nell'assunzione di sostanze stupefacenti nell'ambito delle attività di ricerca previste dall'OEDT.
Due iniziative denominate Aquadrugs e Ariagrugs volte ad individuare l'esistenza di relazioni statisticamente significative tra contenuto di sostanze stupefacenti in aria e intensità dei fenomeni sociali associati all'abuso di droga (prevalenza d'abuso, quantità e/o numero di sequestri di sostanze illecite, numero dei crimini correlati, numero di ricoveri o trattamenti di disintossicazione e recupero), nonché l'esistenza di correlazioni tra le concentrazioni di droghe in aria libera e nei corpi idrici

superficiali o nelle acque di rifiuto e l'entità d'esposizione della popolazione alle droghe atmosferiche nelle principali città italiane.
I progetti PDU che prevede l'applicazione di un insieme di metodologie di stima per l'indicatore epidemiologico "Problem Drug use" (censimento degli archivi di dati utilizzabili per la stima e derivazione dei modelli di generazione dei dati osservati dall'analisi dei dati e produzione delle stime; studio del policonsumo e del legame spacciatori-consumatori mediante indagine campionaria su Servizi a bassa soglia e Comunità Terapeutiche) e DRDS (Drug Related Death System) relativo alla Standardizzazione ed implementazione dei nuovi flussi informativi sui decessi correlati all'uso di droghe.
Infine quattro iniziative sul Sistema Informativo e la valutazione: il SIND Support, progetto per il supporto all'implementazione e avvio del "Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze" (SIND) come rete informatica nazionale unificata per il sistema delle dipendenze, il NIOD per l'attivazione e il supporto di una rete nazionale di Osservatori Regionali sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, in accordo con le indicazioni e gli standard europei, il Monitoraggio PAN, ovvero monitoraggio degli investimenti pubblici e delle azioni del Piano d'Azione Nazionale 2010 contro le dipendenze ed il progetto Outcome, realizzazione di un sistema multicentrico per il monitoraggio dei trattamenti e la valutazione degli esiti dei trattamenti in relazione alle prestazioni ricevute.

In linea con le tematiche affrontate in precedenza ed a causa della forte rilevanza che le ultime quattro iniziative citate rivestono rispetto al sistema organizzativo dei servizi per le tossicodipendenze appare importante fornirne alcune informazioni di approfondimento.

4.4.3 SIND (Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze)

Il SIND, essendo stato recepito l'11 giugno del 2010 con il Decreto Ministero della salute "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze"[46], costituisce una vera e propria novità con cui i servizi per le dipendenze patologiche dovranno misurarsi e sperimentarsi .
Il SIND fa parte del progetto più ampio, precedentemente visto, denominato NSIS (Nuovo sistema informativo nazionale sanitario) e rappresenta la continuità del progetto SESIT (Standard europei per i sistemi informativi sulle dipendenze).
Il progetto prevede che il vecchio sistema di rilevazione sulle alcol-tossicodipendenze (le schede aggregate ANN, SEM, ALC), venga sostituito da invii di dati anonimi sotto forma di record individuali. Per ogni soggetto in trattamento presso i Ser.T., verrà inviata una stringa di informazioni riguardanti le caratteristiche socio-anagrafiche, la situazione patologica, le sostanze d'uso/comportamento, gli esami tossicologici, le terapie farmacologiche, e i "gruppi di prestazioni erogate".
Due sezioni sono dedicate anche alla raccolta di dati sulle strutture ed eventuali variazioni e sul personale.
L'obiettivo iniziale ed attuale del SIND è di focalizzare l'attenzione sulla dipendenza da sostanze stupefacenti, rinviando ad un momento successivo le altre tipologie di dipendenze.
Entro il 31 gennaio di ogni anno è prevista la trasmissione dei dati relativi alle strutture, il15 aprile costituisce la scadenza per quelli per il personale e le attività.
Il Sind sarà a regime nel 2012, per il 2011 partirà la trasmissione dei dati che dal 2013 rientrerà tra gli adempimenti obbligatori delle regioni per accedere ai finanziamenti previsti annualmente con il fondo sanitario.

Il SIND costituisce un sistema informativo e informatizzato sulle dipendenze in grado di fornire, ai policy maker competenti, informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulla domanda di assistenza da parte di soggetti consumatori di sostanze stupefacenti con un particolare focus sulle attività socio-sanitarie e assistenziali erogate dalle pubbliche istituzioni.
Attraverso il SIND sarà possibile: identificare gruppi di pazienti "omogenei" per complessità clinica, monitorare le attività dei servizi ed effettuare valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento; supportare le attività gestionali dei servizi, per valutarne il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse; fornire informazioni per la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito a livello di servizio, regionale e nazionale; produrre la relazione al Parlamento e gli

altri rapporti epidemiologici composti di dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo - Annual report questionnaire; adeguare la raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo, concorrere alla ricerca e al miglioramento continuo di qualità;.
L'implementazione del SIND svilupperà flussi informativi più stabili, omogenei ed affidabili costituiti da dati anonimi raccolti, come detto sopra, in forma di record individuali. A ciascun soggetto in trattamento corrisponderà un data-set nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati personali, con particolare riferimento a quelli sensibili.
La riservatezza dei dati trattati nel Sind è garantita dalle procedure di sicurezza secondo quanto prescritto dal Codice dell'Amministrazione Digitale.
L'accesso degli incaricati del trattamento ai dati registrati nel Sind avverrà con chiavi di ricerca.
I dati inviati dalle Regioni, già privi degli elementi identificativi diretti, sono archiviati dopo la separazione di quelli sanitari che saranno trattati con tecniche crittografiche.
La trasmissione telematica dei dati avverrà secondo le regole tecniche fissate per il Sistema Pubblico di Connettività (Spc)

4.4.4 NIOD (Network Italiano Osservatori sulle Dipendenze)

Anche il NIOD (Network Italiano Osservatori sulle Dipendenze) costituisce una novità assoluta, è stato, infatti, attivato da parte del DPA nel dicembre del 2010 con la notizia pubblicata su dronet, illustrata all'inizio della presente trattazione, in seguito alla giornata di alta formazione dedicato alla "Creazione di una rete di Osservatori Regionali sulle Droghe" tenutosi a Lisbona.
Il progetto intende definire un modello di Osservatorio regionale standard (inteso come nuova struttura o funzione di strutture già esistenti), concertato anche con il supporto tecnico diretto dell'OEDT, che sia in grado di produrre rapporti uniformati, sulla realtà territoriale di competenza e nel contempo di trasmettere dati utilizzando gli standard europei con riferimento ai cinque indicatori chiave, definiti dall'OEDT per la lettura nazionale del fenomeno superando le carenze informative e quindi la difficoltà di ricostruzione tempestiva dei fenomeni droga correlati sia da un punto di vista locale che nazionale.
Il progetto si articola in tre fasi che prevedono oltre alla definizione di un modello condiviso di osservatori regionali, l'attivazione di una rete nazionale con l'individuazione delle linee di indirizzo operative comuni e concordate per il loro regolare funzionamento, da utilizzare in ogni singola Regione e Provincia Autonoma.
Il ruolo degli osservatori nazionali e regionali sulla droga - ha spiegato, nel corso delle tre giornate formative, il Dr. Goosdee[46] – **"***è uno strumento fondamentale per fornire ai policy makers, agli operatori del settore, ai ricercatori e ai cittadini, notizie obiettive e affidabili al fine di garantire una informazione concreta ed efficace, che permetta una valutazione d'impatto delle misure e degli interventi attivati e del buon investimento delle risorse economiche e professionali"***.** *"L'idea di un Network italiano* - spiega il Capo Dipartimento Politiche Antidroga, prof. Giovanni Serpelloni - *nasce dall'esigenza di dar vita a un sistema nazionale partecipato, coordinato e condiviso, di raccolta, elaborazione e trasmissione dati che utilizzi gli standard europei.*
Partendo dalla recente attivazione di un Osservatorio Nazionale presso il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il progetto NIOD intende, anche con il supporto tecnico diretto dell'EMCDDA, costituire una rete di Osservatori regionali standard (adeguando strutture già esistenti o creandone di nuove) che siano in grado di produrre rapporti omogenei sulle realtà territoriali di competenza e, al contempo, di trasmettere dati per la lettura nazionale del fenomeno droga. "

4.4.5 OUTCOME

I primi e principali studi nel campo della valutazione nel settore delle dipendenze, in particolare da sostanze, sono stati svolti in America, infatti, la ricerca valutativa muove i primi passi negli Stati Uniti nel 1968, con il progetto di ricerca DARP (Drug Abuse Reporting Programme) finanziato dal National Institute on Drug Abuse (NIDA).
Sono seguiti lo studio TOPS (The Treatment Outcome Prospective Study) nel 1979 e lo studio DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study) avviato nel 1989.

In Europa il primo studio longitudinale sugli esiti dei trattamenti è stato realizzato nel 1995 dal Dipartimento della Salute della Gran Bretagna: The National Treatment Outcome Research Study (NTORS).
Le ricerche statunitensi e inglesi sono tra loro consequenziali e rappresentano lo sforzo di mettere a punto un modello di ricerca valutativa sempre più accurato in grado di descrivere l'impatto, la complessità storica e sociale della tossicodipendenza e l'evoluzione clinica dei processi di cura intrapresi dalle persone che abusano di sostanze illecite (droghe) e lecite (alcol).
Un altro importante evento in tema di valutazione dell'outcome nel settore di nostro interesse, è costituito da un documento prodotto nel 2000.
La collaborazione tra l'Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze (OEDT), l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) e l'Ufficio sulle Droghe e il Crimine delle Nazioni Unite (UNODC) ha portato alla stesura delle prime *"Linee Guida Internazionali per la valutazione dell'outcome"* che oltre a fornire indicazioni metodologiche per la realizzazione di studi di questo tipo, puntualizza la rilevanza di alcuni indici di outcome*:* comportamento di assunzione di sostanze; stato di salute psico-fisica; funzionamento sociale (lavoro, abitazione, illegalità e relazioni sociali); evitamento e riduzione di comportamenti a rischio.
In Italia solo a partire dalla fine degli anni 90 si è dato inizio alla realizzazione di ricerche di valutazione di outcome dei trattamenti nei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti.
In particolare nel '98 è stato avviato il primo studio sulla Valutazione di Efficacia dei Trattamenti per le Tossicodipendenze VedeTTE.
Il progetto di ricerca è stato Coordinato dal Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione - Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII e dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte (OED)
Dal punto di vista metodologico VEdeTTe è una coorte multicentrica di utenti in carico ai Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) di 14 regioni italiane tra cui anche della Regione Marche.
Lo studio ha avuto come obiettivo quello di misurare l'efficacia dei trattamenti effettuati dai Ser.T. ed è stato organizzato in due sottoprogetti denominati VedeTTE 1, realizzato per misurare l'effetto degli interventi sulla mortalità per cause acute, e VedeTTE 2 con cui è stata misurata la correlazione tra l'Efficacia dei Trattamenti ed una serie di variabili, in particolare, l'uso di droghe, la reintegrazione sociale e famigliare e la frequenza delle principali patologie infettive.
Lo studio, di carattere nazionale, è stato realizzato nelle varie regioni partecipanti in tempi diversi. I risultati complessivi sono stati disponibili nel 2007
In continuità con l'esperienza appena descritta, il Progetto Outcome inserito dal Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga nel Piano d'Azione Nazionale, da inizio ad un sistema volto a definire ed applicare in modo sistematico e condiviso, metodologie di valutazione che permettano la comparazione e il confronto dei risultati.

4.4.6 Monitoraggio PAN

Monitoraggio nell'ambito del Piano d'Azione Nazionale contro le droghe degli investimenti pubblici per la lotta alle tossicodipendenze attraverso un approccio sistemico esteso ai vari profili economici e sociali indotti dalle dipendenze.
Il progetto, infatti, oltre all'analisi della spesa sanitaria, intende tenere sotto osservazione l'avanzamento delle attività nazionali e regionali di riduzione della domanda e dell'offerta permettendo, al contempo, un rafforzamento delle competenze degli organismi italiani che operano nelle politiche antidroga.

4.5 Dalle linnee guida europee e dagli indirizzi nazionali alla realtà nella Regione Marche

Ai vari cambiamenti ed elementi innovativi di carattere nazionale ed internazionale si debbono aggiungere quelli che hanno investito anche i sistema sanitario della regione Marche.
Aspetti di cambiamento che hanno toccato tanto il sistema della governance quanto quello dell'assetto organizzativo dei servizi sanitari e socio-sanitari con significative ripercussioni anche su quelli deputati al trattamento ed intervento delle dipendenze patologiche.
La riflessione non può che partire da quello che è stato il principale degli eventi che ha contribuito in maniera decisiva alla ridefinizione del sistema sanitario marchigiano: il documento prodotto nel 2003, in

particolare la Legge Regionale n.13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale" con cui viene istituita l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR).
Unica sul territorio nazionale, l'ASUR, si legge nella normativa, "*nasce dalla fusione per incorporazione nell'Azienda USL di Ancona delle altre dodici aziende USL…",* ed è organizzata in 13 Zone territoriali.
Le Zone sono dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale, sono soggette a rendicontazione analitica ed articolate in Distretti, quest'ultimi coincidenti con gli Ambiti territoriali sociali.
I cambiamenti introdotti con la sopraddetta normativa hanno avuto ulteriori ed importanti sviluppi con la recentissima legge di modifica (L.R. n.28) approvata il 16 novembre dello scorso anno.
In primo luogo, merita di essere menzionata, la modifica apportata all'art.3 comma 2 della legge 13 che è stato sostituito con la seguente definizione: "L'ASUR è articolandola in aree vaste, zone territoriali e in distretti".
Inoltre la recente normativa regionale di modifica, ha introdotto l'art. 3 bis con cui viene istituito *"… nell'ambito delle strutture organizzative della Giunta regionale il Dipartimento per la salute e per i servizi sociali. Il Dipartimento ha competenze in materia di sanità e di servizi sociali….Al Direttore può essere attribuita anche la direzione dell'Ars".*
A tale proposito si ricorda che nel 2006 con la DGRM n.842 presso l'ARS della regione Marche era stato costituito l'*Osservatorio Regionale dei Comportamenti d'Abuso.*
Inoltre nel 2008, il 14 luglio con la DGRM n. 929 vengono definiti gli "Indirizzi per l'implementazione regionale del SIND" ed affidata all'Osservatorio Regionale la responsabilità e la gestione.
La regione Marche aveva recepito il protocollo standard SESIT il 12/12/ 2005 con la Deliberazione n. 1588 "Recepimento protocollo standard SESIT per la definizione dei sistemi informativi regionali sulle tossicodipendenze - Formazione degli operatori - Implementazione raccolta dati".

Per ciò che attiene il quadro normativo che in maniera decisiva ha influito sul sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari nelle regione Marche, oltre all'importanza rivestita dalla legge n.13 e le sue successive modifiche, meritano di essere menzionate anche leggi n.20 del 2000 e del 2001 che, in linea con le indicazioni nazionali, hanno disciplinato rispettivamente il sistema di autorizzazione, accreditamento istituzionale e degli accordi contrattuali per la realizzazione e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di soggetti pubblici e privati, e definito i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per ciò che riguarda le strutture ed i servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale.
Infine un ulteriore evento di particolare rilevanza è stato, "l'Adozione dell'atto di riordino dei servizi regionali per le dipendenze patologiche" avvenuto con il Decreto della Giunta Regionale Regione Marche n° 747 del 29 giugno 2004, che articola il sistema del governo e delle responsabilità dei servizi per le dipendenze patologiche su due livelli: regionale e dipartimentale.
La 747 oltre a prevedere specifici organi (Comitato Interdipartimentale, Consulta Regionale, etc.) di supporto alle funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento attribuite al livello istituzionale alla Regione, istituisce un nuovo modello organizzativo e di offerta dei servizi: i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche.
Un modello che attraverso una serie d'indicazioni di carattere programmatorio, gestionale e di tipo operativo, intende, citando lo stesso atto, "dar vita al sistema pubblico dei servizi pubblici e privati integrati".
Dal punto di vista epistemologico, la 747 oltre a superare la storica dicotomia tra "pubblico" e "privato" propone un paradigma i cui principi ispiratori troveranno pieno riscontro nei due ultimi piani della Regione Marche sia quello sanitario che sociale.
Il Piano sanitario regionale 2007/2009 emanato con deliberazione n. 62 il Luglio del 2007 intitolato "Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani" considera, infatti, l'innovazione e l'integrazione le due strategie chiave per gestire la complessità e su cui fondare ed orientare il sistema organizzativo, i processi, la ricerca e la qualità.
Anche il Piano Sociale 2008/2010, "Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare**",** ribadisce la rilevanza del tema dell'integrazione socio-sanitaria, dedicandogli in maniera complementare al Piano sanitario, un intero capitolo, e sottolinea la centralità del territorio quale strumento essenziale per la programmazione

e l'erogazione dei servizi secondo un approccio di qualità nella sua accezione di continuità, personalizzazione e multidimensionalità .
Nel 2005 con il Decreto n° 173 (7 febbraio) la Giunta Regionale della Regione Marche definisce i criteri per l'istituzione, da parte dell'ASUR, dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche e il 20 gennaio del 2006 con la Determina del Direttore Generale dell'ASUR Marche n° 28 si dà attuazione alla DGRM 747/04 istituendo 9 Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche (n. 5 DDP coincidenti territorialmente con le rispettive Zone Territoriali e n. 4 sovrazonali per accorpamento di servizi appartenenti a Zone Territoriali diverse nell'ambito della stessa provincia).
E' del 2010 la DGRM 154 "Linee guida regionali per la costruzione di percorsi assistenziali ed organizzativi per il funzionamento dei dipartimenti per le dipendenze patologiche dell'ASUR".
La 747 oltre a dedicare un significativo spazio agli aspetti della "cura" prevenzione ed il reinserimento, definiti come macrosettori da realizzare secondo un approccio di co-progettazione e network, e dove i concetti di personalizzazione, progettualità e processualità degli interventi rivestono un ruolo centrale, non tralascia di puntualizzare le azioni e gli strumenti di supporto della direzione.
Sistema Informativo, Osservatorio epidemiologico, controllo di gestione,accreditamento e autorizzazione sono le funzioni di supporto previste in ciascun DDP, sperimentazione, ricerca e sviluppo, nonché formazione e supervisione, valutazione e qualità le funzioni di supporto interdipartimentale o regionale.
Inoltre tra gli "Indirizzi operativi" proposti dalla 747 si legge "*Al fine di sviluppare le capacità di programmazione e di ottimizzare la rete di intervento, può essere configurata, all'interno dell'Ufficio di Staff, una Unità di Valutazione, Programmazione e Sviluppo (UVPS) che comprende l'Osservatorio epidemiologico statistico in rete con gli altri osservatori (Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali, Osservatori Provinciali, ARS, Centro Regionale di documentazione sull'infanzia e l'adolescenza), per rilevare con la massima rapidità elementi di interesse comune e progettare efficaci ed immediate azioni di prevenzione, di intercettazione di nuovi bisogni e/o di novità significative nell'andamento del fenomeno, utili ad una tempestiva programmazione socio-sanitaria.*
A questo proposito, la DGR n. 2841 del 28/07/92, in attuazione della DGR n. 80/92, stabiliva che, tra le figure professionali, la voce "altro" del DM 444/90 andasse intesa come quella di "sociologo", e ne prevedeva 8 nell'intera regione, pur in servizi a quel tempo classificati ancora a bassa utenza, per assolvere alle funzioni successivamente specificate nel DPR 483 del 10/12/97"
"…Al fine di tenere alta la qualità dei servizi erogati dal Dipartimento, la Regione, compatibilmente con le proprie priorità ed esigenze di bilancio: rideterminerà, nei primi dodici mesi di avvio, gli standard minimi essenziali relativi alle dotazioni organiche del servizio pubblico, attraverso l'applicazione dei criteri del 444/90 integrati con eventuali nuove acquisizioni…"

5. Conclusioni

Riferimenti normativi, atti, linee guida, documenti, processi, progetti, studi di ricerca, innumerevoli dunque gli elementi che sempre più pongono l'accento e richiamano l'attenzione sulla necessità, urgenza e rilevanza dell'implementazione di un'azione valutativa secondo delle metodologie uniformi e comparabili per una gestione di qualità dei servizi.
Lo stesso capo del Dipartimento Antidroga nonché responsabile del Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona[47] rispetto alla valutazione declina sei Principi generali per la valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica clinica e scrive che *"Va considera un Atto Dovuto per poter realizzare una Good Clinical Practice. La sua assenza dovrebbe impedire lo svolgimento dell'intervento.*
È un processo complesso ma fattibile a cui gli operatori sono chiamati anche con adattamenti riorganizzativi delle unità operative.
La valutazione in generale, assume significati e modalità diverse in base alle sue finalità:
- *decision making clinico - valutazione individuale, scopo assistenziale;*
- *decision making organizzativo/gestionale - valutazione di insieme, scopo allocazione e gestione razionale delle risorse;*
- *ricerca scientifica - valutazione di gruppi (trattato/controllo), scopo "probatorio" e di conoscenza.*

Non può essere disgiunta dalla valutazione di processo (prestazioni erogate) e dalla soddisfazione del cliente (quality oriented).

Nella pratica clinica risulta fondamentale l'accreditamento dei processi utilizzati attraverso la determinazione del loro grado di utilizzo di metodologie e protocolli "evidence based", essi infatti dovrebbero essere basati sulle evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza dei vari trattamenti desunte da sperimentazioni controllate precedentemente eseguite e riconosciute. La valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica clinica deve essere correlata ai costi generati valutandone quindi in maniera ponderata i benefici, l'utilità e l'efficacia."

Dunque uno scenario articolato,complesso e ricco di elementi innovativi, qualificanti ed, al tempo stesso, pieni di aspetti impegnativi soprattutto rispetto alla dimensione delle risorse, intese nel senso più ampio del termine, che vanno quindi da quelle economiche a quelle umane , dalle competenze alle strumentazioni.
Sicuramente la complessità e la rapida dei cambiamenti degli "eventi" che caratterizza "la modernità" impongono la necessità di adottare strategie nuove, dinamiche e fruibili quali quelle che si sono venute imponendo e sviluppando nel sistema dei servizi pubblici, sanitari e delle dipendenze patologiche, dove appunto "integrazione" e "conoscenza" diventano due strumenti chiave e strategici.
Due strumenti importanti, indispensabili ma realmente efficaci se implementati secondo una politica di continuità.
Pertanto appare indispensabile ricordare quanto tutte le azioni e gli elementi introdotti e sopra illustrati rischiano di perdere la loro validità se non sono supportati da una volontà tesa a garantirne una reale applicazione che può essere realizzata a partire da direttive, normative ed iniziative progettuali ma che richiedono risorse specifiche, dedicate, stabili nel tempo e ,soprattutto, parte integrante dell'intero sistema.
Per realizzare servizi orientati secondo i principi dell'integrazione e della qualità è indispensabile costruire, *in primis,* una cultura centrata sui due sopradetti paradigmi….ma costruire un approccio culturale significa reperire ed investire risorse stabili nel tempo.
Ora risulta doveroso ricordare che tra il susseguirsi di molteplici cambiamenti e l'introduzione di nuovi elementi, uno degli aspetti che è rimasto invece relativamente stabile nel corso degli anni, per ciò che riguarda il sistema dei servizi delle tossicodipendenze, è stata proprio l'instabilità e la precarietà delle risorse, in particole quelle umane.

Note e Riferimenti Bibiliografici

1La diagnosi delle varie dipendenze si basa universalmente sui criteri indicati nel Manuale internazionale di statistica e diagnostica dei disturbi mentali (DSM)
Secondo il DSM, "Per dipendenza si intende una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione e a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni …" (DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, text revision, pp. 219-220). Secondo la definizione dell'OMS la tossicodipendenza è uno stato di intossicazione cronica o periodica, dannosa all'individuo ed alla società, prodotta dall'uso ripetuto di una sostanza chimica, naturale o di sintesi.

2D. La Barbera, V. Caretti, G. Craparo, "Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction" in S & P SALUTE E PREVENZIONE Fascicolo 43 – Anno 2006.

3Nell'ordinamento la Pubblica Amministrazione (p.a.) è un insieme di e soggetti pubblici (comuni, provincia, regione, stato, ministeri, etc.) e talora privati (organismi di diritto pubblico, concessionari, amministrazioni aggiudicatrici, s.p.a. miste), e tutte le altre figure che svolgono la nell'interesse della collettività e quindi nell'interesse pubblico, alla luce del principio di sussidiarietà.

4"Prime osservazioni sulla legge di riforma della L. n. 241/1990 "in "Giustizia Amministrativa" n.2 – 2005 –Rivista di Diritto Pubblico.

5Legge 15 marzo 1997, n. 59 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa" ; Legge 15 maggio 1997, n.127 (Bassanini bis); Legge 16 giugno 1998, n.191 (Bassanini ter); Legge 8 marzo 1999, n.50,(Bassanini quater).

6In seguito al Referendum del 7 ottobre 2001, il Parlamento italiano, ha approvato una rilevante modifica della Costituzione cambiando nove articoli della stessa, tutti contenuti all'interno del Titolo V della Seconda parte relativo all'ordinamento

territoriale italiano. La legge di revisione punta a creare le basi e le condizioni essenziali per una futura trasformazione dell'Italia in una Repubblica federale.
In primo luogo viene modificato l'ordine di preminenza nella formazione delle leggi disposto dall'art.117: se prima venivano elencate le materie in cui le Regioni avevano potere di legiferare (in via concorrenziale) ed era lasciata allo Stato la competenza su tutto il resto, ora vengono elencate le materie di competenza esclusiva dello Stato, nonché alcune materie di competenza concorrente dello Stato e delle Regioni, mentre viene lasciata alle Regioni la competenza generale o "residuale".
7Fondato su una visione gerarchica della vita sociale, tale principio afferma che le società di ordine superiore devono aiutare, sostenere e promuovere lo sviluppo di quelle minori.In particolare, il principio di sussidiarietà esalta il valore dei cosiddetti corpi intermedi (famiglie, associazioni, confessioni religiose strutturate, etc.) che si trovano in qualche modo tra il singolo cittadino e lo Stato. Secondo questo principio, se i corpi intermedi sono in grado di svolgere una funzione sociale o di soddisfare un bisogno del cittadino (per esempio l'istruzione, l'educazione, l'assistenza sanitaria, i servizi sociali, l'informazione), lo Stato non deve privare queste "società di ordine inferiore" delle loro competenze, ma piuttosto sostenerle - anche finanziariamente - e al massimo coordinare il loro intervento con quello degli altri corpi intermedi. In sintesi il principio di sussidiarietà si potrebbe riassumere nella formula: se un ente che sta "più in basso" è capace di fare qualcosa, l'ente che sta "più in alto" deve lasciargli tale compito e sostenerne l'azione.
8P. Morosini, F. Perraro "Enciclopedia della gestione di Qualità in Sanità" – qualità ed Accreditamento, Centro Scientifico Editore, 2002.
9L'aziendalizzazione delle USL e l'istituzione di aziende ospedaliere autonome hanno lo scopo di rendere più efficiente la gestione delle risorse (finanziamenti, attrezzature e strutture) della sanità, indirizzandone l'utilizzo verso il raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione nazionale e regionale.
10Secondo la L. 833 il Fondo Sanitario Nazionale era determinato ogni anno con la legge finanziaria, le regioni sentiti i comuni ripartivano le quote assegnate tra le USL. Il finanziamento delle USL era fondato sulla base del criterio della spesa storica, indipendentemente dal reale risultato.

11"La realizzazione di strutture sanitaria e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate al rilascio di autorizzazione….." Il secondo livello è "l'accreditamento istituzionale" che è rilasciato dalle Regioni alle singole strutture autorizzate pubbliche o private ed ai professionisti che ne facciano richiesta ed è subordinato al possesso di requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale, alla verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti…La Regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, alle strutture pubbliche ed equiparate che soddisfino alle condizioni sopra richieste, alle strutture private non lucrative (istituzioni che svolgono attività sanitaria e sociosanitaria a scopo non lucrativo) e alle strutture private lucrative…".Terzo livello sono gli "accordi contrattuali". L'accreditamento individua una sorta di "albo dei fornitori" del SSN con cui le Regioni e le ULSS definiscono gli accordi contrattuali per l'erogazione dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali dei cittadini, tenendo conto della qualità e dei costi.

12 D.lgs 229799,Art.3-septies
Comma 2: "Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioe' le attivita' finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioe' tutte le attivita' del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilita' o di emarginazione condizionanti lo stato di salute…."
Comma 4: "Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensita' della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilita' o disabilita' conseguenti a patologie cronico-degenerative.…"
Comma 8:"…Le regioni disciplinano i criteri e le modalita' mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari."

13Vedi nota 8 (ibidem).

14In base al loro fine le aziende possono essere distinte in:
aziende di erogazione;
aziende di produzione.
Le aziende di erogazione non hanno come fine il conseguimento di un lucro. Esse hanno come scopo il diretto soddisfacimento dei bisogni dei propri membri. Sono aziende di erogazione lo Stato, le Regioni, le Province, i Comuni, ma anche la famiglia, le associazioni, le corporazioni, le fondazioni.
Le aziende di produzione sono contraddistinte dal fine del lucro, esse hanno cioè come scopo il conseguimento di un profitto. Questo scopo è realizzato attuando un processo produttivo per il mercato, cioè un processo produttivo che implica un'attività di scambio con il mercato. Le aziende di produzione sono chiamate indifferentemente aziende o imprese.
www.sistema-e-la-gestione-aziendale.html

15 La **Cabina di Regia** ha definito alcuni capisaldi progettuali e otto obiettivi che sono la base per il progetto **NSIS**.
I **capisaldi progettuali** sono:
- l'**orientamento** al cittadino, attraverso la creazione di un record individuale che accumuli nel tempo tutta la storia clinica di ciascun individuo
- la **trasparenza** delle informazioni a tutti i livelli
- la tempestività del processo di raccolta, elaborazione e **condivisione dei dati**
- la necessità di un rigoroso processo di **validazione**.

Gli otto **obiettivi sono**:
- sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali;
- monitoraggio della rete di assistenza; dei LEA e dell'appropriatezza; dei costi; delle liste di attesa
- monitoraggio e tutela della salute mentale;
- monitoraggio del ciclo di vita del farmaco e dell'impiego dei medicinali;
- osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità.

16Per maggiori informazioni sull'e-health: http://europa.eu.int/information_society/qualif/health/index_en.htm; http://www.ehealthconference2004.ie © 2004 Key4biz.it

17http://www.who.int/kms/en/
18Beer Stafford - Cibernetica e direzione aziendale. Milano, Bompiani, 1969.
19La legge 685 può essere considerata figlia di una stagione politica in cui vengono varate altre leggi di riforma, come il nuovo diritto di famiglia, le leggi in materia di divorzio ed aborto, la deistituzionalizzazione della psichiatria, la riforma penitenziaria, la riforma della scuola, della casa, l'ordinamento regionale, il voto ai diciottenni, il finanziamento pubblico dei partiti, lo statuto dei lavoratori.

20Il primo intervento legislativo italiano in materia di stupefacenti fu la legge n.396/1923 "Provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di sostanze velenose aventi azione stupefacente" che puniva, con pene detentive brevi, la vendita, la somministrazione e la detenzione di tali sostanze da parte di persone non autorizzate nonché, con una multa, la partecipazione "a convegni in fumerie" adibite all'uso di stupefacenti. Successivamente, la legge n.1145/1934 contenente "Nuove norme sugli stupefacenti" introdusse il "ricovero coatto" dei tossicomani in "case di salute". Con la legge n.1041/1954 "Disciplina della produzione del commercio e dell'impiego degli stupefacenti" si apporta un inasprimento delle sanzioni penali per chiunque detenesse sostanze stupefacenti, senza alcuna distinzione tra commercio e mero uso personale. Il ricorso al ricovero coatto in ospedali psichiatrici fu mantenuto nei confronti "di chi, a causa di grave alterazione psichica per abituale abuso di stupefacenti, si rende comunque pericoloso a sé e agli altri o riesce di pubblico scandalo". A partire dalla fine degli anni '60, la rapida diffusione delle droghe nel mondo giovanile, alimentata sia da motivi culturali e ideologici che da logiche di mercato particolarmente allettanti per i narcotrafficanti, rese sempre più inadeguata una legge che poneva sullo stesso livello spacciatori e consumatori.

21E' stato evidenziato come con la legge 685 l'imperativo amministrativo diviene curare.
Per una trattazione esauriente Labos, Cultura degli operatori e qualità dei bisogni degli utenti, Roma, 1986 e Strategie operative nei servizi per le tossicodipendenze,Roma ,1993.

22Si ricorda che l'intervento farmacologico riabilitativo della tossicodipendenza ha trovato nella nostra legislazione la sua prima formulazione e regolamentazione nella legge 685.
Inoltre per un approfondimento del complesso ed ampio argomento relativo agli aspetti medico-legali nella terapia della tossicodipendenza si rimanda ai seguenti riferimenti:
Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XXV (1-2) 2002 "Rapporti tra Ser.T. e medico di medicina generale. Aspetti deontologici e medico-legali" Mariano Cingolani1, Daniele Rodriguez
1. Legge 22 dicembre 1975 n. 685
2. Decreto del Ministero della Sanità 6 giugno 1978
3. Decreto del Ministero della Sanità 4 agosto 1978
4. Decreto del Ministero della Sanità 7 agosto 1980
5. Decreto del Ministero della Sanità 10 ottobre 1980
6. Decreto Ministero della Sanità 23 ottobre 1985
7. Legge 26 giugno 1990 n. 162
8. Decreto Ministeriale 12 luglio 1990 n. 186
9. Decreto del Ministero della Sanità 19 dicembre 1990 n. 445
10. Decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 1993 n. 171
11. Circolare del Ministero della Sanità 30 luglio 1993
12. Circolare del Ministero della Sanità 30 settembre 1994 n. 20
13. Legge 8 aprile 1998 n. 94

23Il 21 e 22 marzo del 1980 gli Assessori regionali alla Sanità riuniti a Venezia produrranno un documento in cui oltre a sottolineare la necessità di potenziare gli interventi di prevenzione e volti al reinserimento nella comunità, evidenziano la

preoccupazione rispetto l'impiego dei farmaci nel trattamento dei soggetti tossicodipendenti per la mancanza di una disciplina specifica per una corretta attuazione delle norme a carattere generale contenute nella legge 685/75.

24Presso la Presidenza del Consiglio viene istituito il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione antidroga (art.1, comma 1). Il Comitato è composto da tutti i ministri interessati al settore, eventualmente integrato da esperti e in collegamento con l'Osservatorio permanente. Alla Presidenza del Consiglio viene anche demandato l'obbligo di presentare ogni anno, una relazione al Parlamento sull'andamento del fenomeno, e ogni tre anni dall'entrata in vigore della legge, di convocare una conferenza nazionale con il compito di valutare i risultati del triennio e trasmetterli al Parlamento per le eventuali correzioni legislative (art.1, comma 2).

25L'Art. 80 della Legge 685 affermava che …"non è punibile chi illecitamente acquista o comunque detiene modiche quantità delle sostanze innanzi indicate per farne uso personale non terapeutico, o chi abbia a qualsiasi titolo detenuto le sostanze medesime di cui abbia fatto uso esclusivamente personale" - caso di detenzione per uso personale non terapeutico purché si trattasse di modica quantità.
La L. n. 162 del 26.06.1990 sanciva il principio della illiceità della detenzione anche di modiche quantità ed a qualsiasi titolo di sostanze stupefacenti. Giudicata eccessivamente severa, la L. 309/90 ha introdotto il concetto di dose media giornaliera, fissata con apposito decreto ministeriale per ogni sostanza.
Con il Referendum del 18 aprile 1993 la detenzione di sostanze stupefacenti o psicotrope diviene penalmente lecita, senza limiti quali-quantitativi, purché solo ed esclusivamente per uso personale:. viene cancellato l'articolo 72 comma 1, ovvero quello che recita: "E' vietato l'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope di cui alle tabelle I, II, III, IV...".
In casi particolari è prevista l'applicazione di sanzioni amministrative, ma non più seguite da misure di prevenzione criminale, allorché il tossicodipendente non si sottoponga o rifiuti la cura (commi 1 e 12, art. 75).

26A partire dal 1° Marzo 1995, in base al criterio indicato nell'Atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione dei criteri e modalità per l'iscrizione all'albo regionale degli enti ausiliari, si è provveduto a classificare le strutture nel seguente modo:
Strutture socio-riabilitative:
a) residenziali con ospitalità ed attività di recupero in regime residenziale;
b) semiresidenziali/diurne, con ospitalità ed attività quotidiana di almeno 8 ore e per non meno di 5 giorni la settimana (minimo 40 ore settimanali);
c) non residenziali/ambulatoriali con ospitalità e attività inferiori alle 40 ore settimanali.

27 Il primo caso noto di AIDS in Italia risale al 1982.
L'andamento temporale delle notifiche di AIDS evidenzia che si è passati da un caso del 1982 (il primo noto in Italia) ai 5.653 del 1995, con un crescita che è stata costante fino alla metà degli anni novanta. Dal 1996 si è assistito ad una riduzione dei nuovi casi, dapprima molto rapida e dal 2001 meno marcata. http://www.helpaids.it

28Chiamata anche limitazione del danno (damage limitation), riduzione del rischio (risk reduction) o minimizzazione del danno (harm minimization) .Le politiche di riduzione del danno, sviluppate nei servizi sanitari nel Merseyside in Gran Bretagna negli anni '80 ed importate in Italia negli anni '90, si ponevano due obiettivi: diminuire l'incidenza della sieropositività da HIV e migliorare le condizioni generali dei tossicodipendenti.

29Ministero della Salute-Dipartimento della tutela della salute umana, della sanita' pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali - Direzione Generale della Prevenzione Ufficio VI "Promozione di comportamenti e stili di vita per la salute e relativi interventi in materia di dipendenza da farmaci e sostanze da abuso e di aids; sanita' penitenziaria". Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze - Anno 2001 - Roma, ottobre 2002.

30Vedi nota 29 (ibidem).

31Ministero della salute- Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione - Direzione generale della prevenzione sanitaria – Ufficio VII" Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili".

32 Si ricorda che nel Dicembre del 2004, il Consiglio europeo ha approvato la Strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2005-2012) che fissa il quadro, gli obiettivi e le priorità per due piani d'azione quadriennali consecutivi (2005-2008; 2008-20012). La strategia è parte integrante del pluriennale "Programma dell'Aja", finalizzata a rafforzare la libertà, la sicurezza e la giustizia nell'Unione e si concentra su due aspetti principali: la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta, non tralasciando una serie di temi trasversali, tra cui appunto la ricerca e la valutazione.
http://www.emcdda.europa.eu

33 La vastità dell'argomento ci induce a limitarci a ricordare che per la raccolta delle informazioni richieste dal primo indicatore relativo alla diffusione del fenomeno sono previste due indagini: IPSAD (Italian Population Survey on Alcol and Drug: indagine campionaria rivolta a tutta la popolazione di età 15-64 anni realizzata in Italia dal CNR ogni due anni, attualmente denominata GPS) ed ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other drugs: indagine su tutta la popolazione scolastica di età 15-19 anni, anch'essa realizzata dal CNR con cadenza annuale ed attualmente detta SPS ITA). Per ciò che concerne la rilevazione della prevalenza del fenomeno si prevede l'applicazione di opportune tecniche

epidemiologiche tra cui quelle di Benchmark., l'analisi multivariata ed il metodo della catura-ricattura. Rispetto al tema della mortalità e morbosità le statistiche ufficiali, seppur con aspetti di criticità, (fornite dal Ministero dell'Interno- DCSA Direzione Centrale per i servizi Antidroga, della Sanità e l'ISTAT) ed opportuni studi di coorte (Studio VEdeTTE) costituiscono le fonti primarie.
34Il documento europeo, insieme con una serie di informazioni generali, è disponibile anche in formato scaricabile dal sito Internet dell'OEDT alla seguente pagina: http://www.emcdda.org/situation/themes/demand_treatment.shtml, oppure può essere richiesto al Ministero della salute, Direzione Generale della prevenzione,Ufficio VI.

35A tale proposito tra gli elementi contemplati e definiti nelle linee guida dell'Osservatorio europeo (ripresi dal SESIT, vedi nota 36) risulta importante ricordare l'introduzione e definizione di due criteri per la valutazione dell'output da un punto di vista clinico: il Pas ed il PAG.
Se le prestazioni sono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga secondo i dettami dell'evidence based medicine, per PAS -Programma Assistenziale Specifico si intende un aggregato di prestazioni, che vanno a costituire un intervento d'area, legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obbiettivo esplicito e condiviso. Un insieme coordinato d'interventi d'area finalizzati ad un unico obiettivo costituisce il progetto terapeutico complessivo: PAG –Programma Assistenziale Generale.

36Progetto del Ministero della Salute, Ministero del Welfare, Regioni e Province Autonome Progetto SESIT Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze "Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di Standard Europei" Protocollo e Standard-Statement sulla Valutazione dell'OUTCOME- Glossario Tecnico e Definizioni.

37Consiglio Nazionale delle Ricerche-Istituto di Fisiologia Clinica- Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi sanitari.

38 www.droganews.it/pub/.../Piano_Nazionale_Antidroga.html

39Trieste, 12/13/14marzo 2009 5ª Conferenza Nazionale sulle politiche antidroga
www.conferenzadroga.org
www.politicheantidroga.it
www.dronet.it

40*www.politicheantidroga.it*

41Gregor Burkhart, EMCDDA "Report sulla Prevenzione Selettiva nell'Unione Europea e in Norvegia" Traduzione italiana a cura di: C. Celata, G. Gelmi, V. Velasco, G. Aresi Luglio 2007 Osservatorio Europeo delle droghe e delle Tossicodipendenze, Regione Lombardia- Famiglia e Solidarietà Sociale, ASL Città di Milano.

42 Il Piano prevede la possibilità di iniziare un percorso di riadattamento della normativa di settore.
Tra le proposte di cambiamento si ricordano: la revisione funzionale dell'art. 75 DPR 309/90 e la possibilità di incentivare l'accesso al Ser.T. in alternativa alla sanzione amministrativa; un piano per aumentare l'uscita dal carcere delle persone tossicodipendenti (art.94) verso le comunità terapeutiche e i trattamenti ambulatoriali condizionati e strettamente monitorati; lo studio di una nuova norma che permetta di evitare l'entrata in carcere mediante l'accettazione di un'alternativa terapeutica presso le comunità; l'incentivazione dei controlli stradali anche per l'uso di sostanze stupefacenti e non solo per l'alcol.

43Dronet - Network Nazionale sulle Dipendenze PIANO DEI PROGETTI 2010 – DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA: "Il nuovo percorso nella lotta alle tossicodipendenze: il piano progetti 2010.
Ad ogni progetto fanno capo gruppi di coordinamento tecnico-scientifico, che operano sotto il coordinamento del Dipartimento, assicurando la gestione delle attività di progetto, la valutazione e il controllo in progress dei risultati. Citando il Piano stesso: "Si sono privilegiati e promossi i progetti in grado di creare network nazionali di varie Unità Operative interessate a collaborare tra loro, con l'intenzione di superare le logiche locali o strettamente territoriali che rischiano di frammentare gli interventi e di creare forte disomogeneità di azione nel paese".

44 Vedi nota 38 (ibidem).

45 Vedi nota 33 (ibidem).

46Ministero della Salute www.salute.gov.it

47Dott. Alexis Goosdeel, capo della rete degli Osservatori Europei e dell'Unità di Coordinamento di cooperazione internazionale dell'Osservatorio sulle droghe, responsabile della rete europea Reitox e realizzatore del "Manuale sull'Osservatorio Nazionale sulle Droghe ".

48 Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni "La Valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica"in G. Serpelloni, M. De Angeli, L.Rampazzo "La valutazione dell'outcome". Regione Veneto, Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona 2002.

.orgwww.conferenzadroga.org
Altri Riferimenti Bibliografici
-G. Serpelloni, E. Simeoni (a cura di) "Project management" -Gestire progetti in sanità e nel sociale .Regione Veneto - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona, 2008.

-G. Serpelloni, E. Simeoni, L. Ramazzo " Quality management" – Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze. Regione Veneto - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona, 2002.

-G. Bertin "Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari", Milano, F. Angeli Editore, 2007;

-G. Bertin "Decidere nel pubblico: tecniche di decisione e valutazione nella gestione dei servizi pubblici" Etas Libri, Milano, 1989.

-M. Niero "Sistemi informativi, informatica e valutazione", in Bertin G. (a cura di) *Valutazione e sapere sociologico*, Angeli, Milano, 1995.

IPOTESI DI SVILUPPO DELLA RETE EPIDEMIOLOGICA DELLE MARCHE

FABIO FILIPPETTI*, MARCO MORBIDONI**

**Medico, responsabile u.o. epidemiologia ASUR Zona 10, Camerino; responsabile osservatorio epidemiologico ARS, Ancona*

***Medico, responsabile osservatorio epidemiologico ASUR Zona 7, Ancona*

L'atto conclusivo per lo sviluppo dell'epidemiologia nella nostra regione è da considerare la *DGR n. 866 del 27/7/2004 "Istituzione ed organizzazione della Rete epidemiologica della regione Marche"*. Qui viene specificato che l' epidemiologia è una funziona trasversale a tutte le figure professionali e a tutti i servizi del SSR in quanto strumento metodologico di rilevazione ed analisi dei bisogni sanitari e di valutazione del sistema dell'offerta. Uno dei punti più rilevanti della normativa indicava chiaramente che, per la complessità metodologica delle tecniche epidemiologiche si rendeva necessaria l'opera di professionisti specificatamente dedicati a tale funzione e capaci di facilitare il perseguimento dei principali obiettivi della REM (Rete Epidemiologica delle Marche) :

- Raccogliere, elaborare e diffondere conoscenze sui bisogni di salute e sui fattori di rischio della popolazione,
- Contribuire all'identificazione delle priorità d'intervento, con particolare attenzione agli obiettivi di equità dei cittadini nella salute e alla tutela delle fragilità sociali;
- Promuovere ricerche ad hoc sullo stato di salute della popolazione, con attenzione ai fattori ambientali, sociali e individuali che la condizionano;
- Supportare la progettazione e implementazione del sistema informativo sanitario garantendo, nel caso, anche la gestione diretta dei flussi informativi relativi alle conoscenze sui bisogni e sui rischi per la salute;
- Contribuire alla identificazione, sperimentazione e messa a regime di nuovi flussi informativi mirati a valutare l'equità di accesso, l'appropriatezza d'uso, l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari;
- Supportare le funzioni di governo e gestione del SSR a livello regionale e locale;
- Promuovere la cultura epidemiologica tra tutti gli operatori sanitari;
- Promuovere tra i cittadini conoscenze finalizzate ad accrescere le capacità di gestione della salute e di utilizzo dei servizi sanitari.

La DGR prevedeva un'articolazione organizzativa della Rete Epidemiologica nei seguenti nodi operativi:

l'**Osservatorio Epidemiologico Regionale** (OER), operante all'interno dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

i **Centri epidemiologici delle Zone Territoriali ASUR -** Azienda Sanitaria Unica Regionale (CEAT)

i **Centri epidemiologici regionali specialistici**. (CERS)

In questi anni, a fronte di uno scarso potenziamento territoriale dei centri zonali (strutture semplici) collocati nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione delle Zone Territoriali ASUR, sono state sempre più numerose le incombenze ed i compiti istituzionali che stanno chiamando in causa la REM. A tale scopo necessita un urgente ripensamento della struttura organizzativa per poter rispondere in modo adeguato agli impegni presenti e futuri.
In particolare, in ambito regionale si stanno ampliando e/o sviluppando le seguenti linee operative:

1. l'istituzione del registro nominativo delle cause di morte regionale,
2. l'attivazione del registro tumori regionale,

3. la sorveglianza degli incidenti stradale e domestici (siniaca),
4. la valutazione degli screening oncologici,
5. Il supporto al Registro delle malformazioni congenite,
6. l'analisi della ospedalizzazione,
7. La sorveglianza della pandemia influenzale e la misurazione delle relative azioni di Sanità pubblica,
8. il supporto al flusso e l'analisi epidemiologica del Certificato di Assistenza al Parto,
9. Il mantenimento del sistema di sorveglianza PASSI per gli stili di vita della popolazione
10. La stesura dei Profili di salute territoriali (previsti nei LEA in approvazione),
11. Il supporto ai Piani comunitari di salute
12. Il supporto alle UUOO di Promozione della salute per la valutazione degli interventi,
13. La collaborazione con il Servizio di Epidemiologia dell'ARPAM per le indagini su piccole aree per le tematiche ambientali,
14. La collaborazione con il Centro di Epidemiologia Veterinaria di recente costituzione e con il Centro di Epidemiologia occupazionale in fase di istituzione,
15. La collaborazioni a vari livelli con il sistema zonale per la lettura epidemiologica dei bisogni di popolazione e la valutazione dell'efficienza del sistema,
16. supporto al Piano di Prevenzione Regionale,
17. monitoraggio del Rischio clinico,
18. supporto alle attività di comunicazione del rischio.

Lo sviluppo di nuovi settori in ambito epidemiologico ed il rafforzamento delle attività già in essere obbliga ad un ripensamento della attuale architettura che sostiene la REM, adeguandola al nuovo contesto, per avviare una nuova fase del percorso.
Poiché non occorre neppure dimenticare e tralasciare le attività fin qui svolte (a tale scopo si vedano gli atti del recente Convegno di Epidemiologia, marzo 2008), la nuova dimensione degli interventi sembra orientare verso una organizzazione della Rete Epidemiologica Marchigiana che tenga conto di uno sviluppo operativo secondo diversi livelli e contemporaneamente diversi rapporti territoriali. Uno schema spesso attuato è quello che fa riferimento ad una attività di primo livello, secondo livello e terzo livello, a sua volta agganciata ad un contesto territoriale zonale, di area vasta, regionale.
Di seguito si propone un'ipotesi organizzativa.

IPOTESI ORGANIZZATIVA

La REM si riorganizza su **tre livelli**:

- un livello centrale di coordinamento (Osservatorio epidemiologico regionale, con struttura operativa a forte autonomia)*;*
- un livello intermedio di area vasta costituito come struttura complessa "Servizio di Epidemiologia e Comunicazione (SEC)" presso il Dipartimento di prevenzione;
- un livello periferico territoriale in tutte le ZT, basato sull'attuale strutturazione della REM (UU.OO. strutture semplici di Epidemiologia collocate come previsto dalla DGR 866/2004 nello staff del Direttore del Dipartimento di Prevenzione)

Tutto il personale attualmente operante nelle UU.OO di epidemiologia dovrebbe essere utilizzato a tempo pieno con posizione di comando funzionale nella struttura di area vasta.
Lo stesso personale continuerà a svolgere, su mandato del Servizio di Epidemiologia e Comunicazione di Area Vasta, le attività epidemiologiche a livello periferico zonale.

Le dotazioni organiche saranno definite sulla base dei compiti che verranno attribuite ai tre livelli:

livello di base (zonale): controllo ed analisi flussi informativi, comunicazione a livello periferico, profilo di salute zonale, sorveglianza stili di vita, piano pandemico, collaborazione Registro Regionale Cause di Morte, ecc.

livello intermedio (area vasta): integrazione in area vasta delle attività zonali, valutazione epidemiologica dello screening, competenze 'in service' per tutto l'ambito regionale (v. registro cause di morte, registro tumori, studi epidemiologici su piccole aree, supporto alle attività di gestione e programmazione a livello di area vasta);

livello centrale: coordinamento e controllo della attività della Rete, attività di ricerca e di sintesi, contatto con i livelli istituzionali regionale e nazionale (Ministero, CCM).
L'Osservatorio Epidemiologico Regionale è una struttura di terzo livello, individuata come *centro di responsabilità e di costo con personale proprio e a tempo pieno* (deliberazione della Giunta Regionale n. 866/04) facente parte della Rete Epidemiologica Regionale che svolge funzioni di coordinamento della REM, di gestione dei sistemi informativi epidemiologici regionali e di formazione, comunicazione e ricerca in campo epidemiologico.L'OER è collocato attualmente in ARS ed è previsto che sia all'interno di una struttura amministrativa di livello regionale in grado di consentire le funzioni, attribuite all'OER dall'amministrazione regionale, di coordinamento, programmazione e di verifica dei risultati sull'intera rete epidemiologica regionale.

In conclusione, di seguito, si sintetizzano le azioni che potranno essere svolte, ai vari livelli, dalle strutture epidemiologiche:

Argomenti di ambito epidemiologico da svolgere nei diversi livelli di organizzazione della REM

LIVELLO	ARGOMENTI
1-ZONALE	Profilo di Salute Zonale **Monitoraggio applicazione LEA (nuovi e DM 2001)** Studio PASSI (OPERATIVO, interviste) Elaborazione dati Specialistica e Farmaceutica Elaborazione dati Ricoveri (sdo) Piano Pandemico Zonale (sorveglianza) Collaborazione con altri servizi del Dipartimento di Prevenzione (per malattie infettive, sorveglianza stili di vita, indagini specifiche) Collaborazione con altre articolazioni aziendali (Distretti, Ospedali, ecc.) Studi di epidemiologia valutativa (interventi di prevenzione)
2-AREA VASTA	Profilo di Salute di Area Vasta Studio PASSI (ELABORATIVO.report di av) Cedap (certificato di assistenza al parto) report Allattamento al Seno (indagini) Collaborazione ARPAM per studi ambiente-salute Collaborazione a stesura Piano Comunitario per la Salute Studi di epidemiologia valutativa (interventi di prevenzione) Piano di comunicazione interna ed esterna Survey nazionale Gisci e Gisma
3-REGIONALE	Profilo di Salute Regionale Piano di Formazione REM Studio PASSI (ELABORATIVO) Registro cause di Morte Registro Tumori Collaborazione Registro Malformazioni Congenite Registri di patologia Comunicazione in epidemiologia (convegni, seminari, ecc.) Cedap (collaborazione regionale al flusso informativo) Piano Pandemico Regionale Collaborazione ARPAM per studi ambiente-salute Collaborazione a stesura Piano Comunitario per la Salute Piano di comunicazione interna ed esterna Survey nazionale screening (elaborazione regionale) Flussi Informativi sanitari nuovi Siniaca (report regionale)

RICERCA BIBLIOGRAFICA PRELIMINARE PER LA CABINA DI REGIA REGIONALE SULL'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

LUIGI LELLA

ingegnere, sistema informativo aziendale ASUR Zona 7, Ancona

1. DEFINIZIONE DEGLI SCENARI EVOLUTIVI

Le decisioni strategiche che affrontano il problema della integrazione ospedale-territorio devono essere fondate su affidabili previsioni sull'evoluzione dei servizi offerti dal sistema sanitario. "Questa previsione permette di fondare le decisioni strategiche su un apparato critico di conoscenze" (Paccaud 2001) I fattori che "determinano l'evoluzione del sistema sanitario possono essere classificati in tre gruppi :

1) Le **caratteristiche tecniche e organizzative del sistema sanitario** che raggruppa le conoscenze ed il saper fare dei professionisti. L'innovazione tecnologica in medicina segue una logica ed un ritmo che non dipendono solo dal bisogno e dalla domanda di salute, ma anche da una dinamica propria del sapere e della tecnologia. E ancora, le relazioni tra curanti, ospedali e pagatori determinano molte caratteristiche del sistema sanitario. […]

2) Il **bisogno di salute della popolazione** che corrisponde da una parte all'epidemiologia delle malattie e dei loro fattori di rischio e, dall'altra ai cambiamenti demografici e sociali. […]

3) La **domanda di cure della popolazione** che corrisponde all'accessibilità sociale, economica e culturale delle stesse. In termini generali questa domanda dipende dall'importanza attribuita alla salute e alla malattia ed al credito che la popolazione concede alla loro presa in carico professionale .[…]

Il compito specifico di una previsione è di identificare quei fattori che costituiscono tendenze forti, assi di cambiamento particolarmente idonei a modellare il futuro prevedibile.[…] Uno scenario è una finzione, costituita per essere compatibile con i dati (qualitativi e quantitativi) disponibili oggi. Il compito è di raccogliere il maggior numero possibile di informazioni sulla situazione attuale e di analizzare il massimo delle possibilità. E' consuetudine elaborare più scenari e fare in modo che questi scenari siano tra loro i più divergenti possibile.[…]
I decisori potranno immaginare forti strategie compatibili con più scenari. Così la tecnica degli scenari evita di pensare al futuro in modo monolitico (privilegiando, in altre parole, una sola visione come probabile futuro) o generico (senza analizzare le conseguenze specifiche in ciascuno degli ambiti sanitari).[…]
La prima tappa consiste nell'identificare i principali determinanti dell'evoluzione a medio e lungo termine del sistema sanitario. Alcuni di questi possono essere l'evoluzione demografica, i cambiamenti economici e politici, gli sviluppi scientifici e tecnologici ed infine lo sviluppo dei sistemi di comunicazione." (Paccaud 2001)
Successivamente si individuano i principali assi di trasformazione che caratterizzano la possibile evoluzione del sistema sanitario. Questi servono a individuare i possibili scenari evolutivi che possono presentarsi a seconda della combinazione di fattori che può essere riscontrata. (Paccaud 2001)

1.1 CARATTERISTICHE TECNICHE E ORGANIZZATIVE DEL SISTEMA SANITARIO

Alcuni fattori di natura tecnico-organizzativa che caratterizzano l'attuale sistema sanitario e che sicuramente ne condizioneranno lo sviluppo futuro possono venire immediatamente individuati considerando l'**evoluzione normativa,** l'**evoluzione delle strutture organizzative** e l'**evoluzione degli strumenti per il controllo di gestione**.

1.1.1 EVOLUZIONE NORMATIVA

Per quanto riguarda l'evoluzione normativa l'aspetto più importante da tenere in considerazione è che "la legge di riforma del Servizio Sanitario Nazionale ha identificato il distretto quale motore di una programmazione che parta dal basso, ritenendo che questa responsabilità vada ricercata il più possibile vicino a dove nasce il bisogno, al fine di assicurare a tutti i cittadini uguale accessibilità e continuità delle cure e di rimuovere i fattori che contrastano la salute. E' dunque il distretto il nuovo protagonista per la funzione di programmazione dei servizi e ha il compito di calibrare la creazione o il potenziamento delle prestazioni sanitarie con i bisogni dei cittadini della comunità di riferimento." (Foglietta 2005) La **Legge 833/78** di riforma sanitaria e di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale "si pone l'obiettivo di armonizzare l'offerta riportando in capo al SSN tutta l'assistenza, la prevenzione e la riabilitazione mentre prima una molteplicità di enti garantivano i vari percorsi di assistenza in modo del tutto scollegato tra loro.[…] La legge 833 arriva a prevedere la realizzazione dei '**distretti sanitari di base**' definendoli come 'strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento all'interno della Unità Sanitaria Locale.' […] Il successivo passo di riforma organica del sistema si è avuto con il **Decreto Legislativo 502/92** e con le integrazioni contenute nel **D.Lgs 517/93** attraverso l'introduzione di principi di programmazione innovativi" basati sul "regime di mercato e di concorrenza, sul governo della spesa, sui livelli uniformi di assistenza e su assetti organizzativi basati su una gestione di tipo manageriale." (Toniolo e Maglione, 2004)

"Il disposto normativo del D.L.vo 502/92, in relazione al distretto sanitario, lascia un ampio margine discrezionale alle regioni e ciò può avere risvolti sia positivi, poiché la discrezionalità permetterebbe di soddisfare i bisogni di salute differenziati in base alle caratteristiche demografiche, culturali e sociali della popolazione territoriale e sia negativi, poiché dalla discrezionalità potrebbe derivare un ruolo indefinito del distretto, originando ambiguità a livello organizzativo e gestionale.

I D.L.vi 502 e 517, pur introducendo elementi del tutto nuovi nel SSN (basti pensare alla nascita delle aziende sanitarie ed ospedaliere), non hanno significativamente modificato il concetto di distretto già previsto nella L. 833/78, nonostante per il legislatore tale articolazione territoriale dovesse essere, insieme naturalmente all'aziendalizzazione, il vero segno di cambiamento della nuova normativa." (Testa e Buccione 2002)

"Il **Piano Sanitario Nazionale 1994-1996** si prefigge il potenziamento dell'assistenza sanitaria non ospedaliera e di quella erogata in regime day-hospital, come anche delle attività di assistenza ospedaliera a domicilio allo scopo di ridurre l'incidenza dei ricoveri ospedalieri ordinari. […]

Il **Piano Sanitario Nazionale 1998-2000**, fortemente improntato alla prevenzione, pone l'attenzione sugli aspetti organizzativi e professionali, evidenziando che curare a casa significa un cambiamento di prospettiva sostanziale: si tratta di passare dal malato che ruota attorno alle strutture erogatrici alle strutture e professioni che assumono come centro di gravità la persona con i suoi bisogni." (Taccioli M. e latri 1996)

"In relazione alla singola struttura sanitaria la normativa di riordino, oltre a prevedere la modifica della forma giuridica delle USL e degli ospedali, trasformati in aziende, ha profondamente modificato il sistema di finanziamento delle strutture sulla base di un meccanismo che premia quelle maggiormente orientate alla soddisfazione globale del cittadino" (Testa e Buccione 2002)

"Gli anni '90 sono cruciali per il consolidarsi di una mentalità che basa il contenimento della spesa sul concetto della riduzione degli sprechi piuttosto che sulla riduzione dei servizi, privilegiando un approccio che tiene in considerazione non solo l'appropriatezza e la qualità delle cure, ma anche la qualità della vita dei cittadini utenti. La normativa di riordino e di ridimensionamento della rete ospedaliera" ha portato alla "riconversione sempre più orientata verso la territorializzazione dell'assistenza (**Legge 549/95**). L'introduzione della tariffazione delle prestazioni ospedaliere con il sistema dei **DRG** (1995) segna anche l'inizio di una fase di maggiore attenzione allo sviluppo e potenziamento di sistemi di cura territoriali integrati.

Il **Decreto Legislativo 229/99** rappresenta il successivo punto di snodo normativo nel percorso di costruzione del sistema salute. Per la prima volta viene attribuita alla dimensione distrettuale l'autonomia necessaria al perseguimento degli obiettivi di salute propri dell'azienda sanitaria […] Il

decreto 229 prevede che i distretti costituiscano l'ambito per l'integrazione tra le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a carattere sanitario.[…]" (Toniolo e Maglione, 2004)
"Il D.L.vo 229/99 dà al distretto e quindi all'assistenza primaria, un'importanza che né la L.833/78, né i successivi atti di riordino del sistema sanitario avevano dato, affidando all'articolazione distrettuale la riorganizzazione della medicina del territorio"(Testa e Buccione 2002)
"La riforma-ter dà una definizione dell'integrazione socio sanitaria coerente con i principi costituzionali, introducendo alcune sostanziali novità già parzialmente anticipate dal Piano Sanitario nazionale 1998-2000:

4) i livelli di assistenza […] sono definiti come uniformi ed essenziali (LEA);
5) si afferma che le risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale sono stabilite contestualmente all'individuazione dei livelli;
6) per la prima volta si guarda ai LEA dalla parte dei cittadini, dal punto di vista di chi usufruisce dell'assistenza e non di chi la eroga.

I LEA si trasformano da impegno programmatico del sistema sanitario nazionale in diritto dei cittadini a ottenere le prestazioni incluse nei livelli, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket. Vengono chiaramente esplicitati i principi ai quali lo Stato deve attenersi per l'individuazione dei LEA: dignità della persona umana, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità delle cure e appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze (sulla base di indicazioni evidence-based), coniugando efficacia, efficienza ed economicità nell'impiego delle risorse." (D'Aietti e altri 2008)
"Il **Piano Sanitario Nazionale 2002-2004** indica la creazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani ed ai disabili, tra i progetti obbiettivi strategici per il SSN. "(Taccioli M. e latri 1996)
"Negli ultimi anni quindi si passa lentamente da una concezione della sanità ospedalocentrica a una sanità più centrata sul territorio. Tale passaggio trova il culmine nel **Piano Sanitario Nazionale 2003-2005**" secondo il quale "Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra ospedalieri: oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservato alle patologie acute […] Si cominciano così a sperimentare modalità organizzative che mirano all'integrazione delle azioni curative, riabilitative e preventive" (Toniolo e Maglione, 2004)
"I macrosistemi erogativi che compongono l'attuale rete integrata di cure territoriali" sono essenzialmente i seguenti:

1) **Il sistema delle cure ospedaliere** […]
2) **Il sistema delle cure residenziali extraospedaliere** […]
3) **Il sistema delle cure domiciliari** […]
4) **Il sistema delle cure ambulatoriali** […]
5) **I servizi distrettuali** […]" (Toniolo e Maglione, 2004)

Tale rete per poter funzionare correttamente richiede l'adozione di una opportuna strategia di gestione delle risorse territoriali come garantire:

1) le attività d'**informazione sui servizi** disponibili;
2) l'**accesso alle agende di prenotazione** dei servizi;
3) le attività di **coordinamento dell'assistenza extraospedaliera**, garantendo un efficace filtro all'utilizzo improprio del ricovero ospedaliero;
4) le attività di **raccordo con MMG e PLS**, ma anche con specialisti convenzionati ospedalieri, per garantire la continuità assistenziale e per riqualificare e razionalizzare le prescrizioni farmaceutiche, specialistiche e di ricovero ospedaliero;
5) le attività di **rilevazione dei bisogni assistenziali** al fine di garantire una adeguata programmazione di assistenza territoriale." (Toniolo e Maglione, 2004)

Per approfondimenti sull'evoluzione normativa è possibile consultare: Vecchiato (2000), Da Col (2000), Oleari (2000). L'articolo di Alfano (2006) fornisce anche una panoramica dell'evoluzione normativa a livello europeo e internazionale. La Collicelli (2006) e Cavicchi (2006) hanno provato a stimare i costi

della mancata integrazione dei servizi nel sistema socio sanitario, mentre l'articolo della Vanara (2008) fornisce un quadro nazionale della struttura dell'offerta sanitaria. Infine un'interessante articolo sulle caratteristiche di alcuni distretti sanitari presenti sul territorio nazionale è stato scritto da Testa e Buccione (2002).

1.1.2 EVOLUZIONE DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

"In questi anni è sempre più maturata la consapevolezza che occorre promuovere un nuovo modo di fare assistenza per rispondere all'evoluzione della domanda di salute, assicurando servizi caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione effciente delle risorse. I servizi che hanno la necessità di essere centrati sul bisogno della persona, per rispondere a tale irrinunciabile obiettivo, è necessario siano fondati sull'integrazione, sulla comunicazione e sulla partecipazione dei diversi livelli gestionali del SSN.
L'attivazione di reti integrate è finalizzata alla costruzione di un solido legame tra le diverse aree della prevenzione, assistenza di base, servizi distrettuali, specialistica territoriale, assistenza ospedaliera, per assicurare il coordinamento e la continuità dell'assistenza e facilitare l'accesso e l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie. Tutto ciò contenendo i costi, effettuando il monitoraggio degli assistiti e delle prestazioni, valutando i risultati clinici e organizzativi, migliorando la compliance del paziente, chiamato a diventare protagonista nella gestione della sua salute" (Scalzo 2009).
"L'**integrazione socio sanitaria** dovrebbe essere estesa a livello **interaziendale** per garantire i massimi benefici nei confronti degli assistiti.
Una rete interaziendale può essere definita come un insieme di istituti **giuridicamente autonomi**, con **distinti soggetti economici**.
Il secondo tratto distintivo delle reti è l'**interdipendenza** tra i nodi. L'interdipendenza è un dato di fatto, emergente, di cui non necessariamente vi è piena consapevolezza. L'interdipendenza può riguardare le risorse finanziarie, la complementarietà rispetto alle fasi del processo produttivo, l'accesso ai fattori produttivi o ai prodotti innovativi, la logistica etc.
Il terzo tratto distintivo delle reti interaziendali è rappresentato dal fatto che le interdipendenze sono **organizzate**. L'organizzazione può essere informale, basata su una implicita condivisione sociale e culturale. E' il caso di due aziende sanitarie che insistono su un comune bacino di utenza che nel tempo hanno costruito di fatto delle vocazioni specifiche e distintive evitando sovrapposizioni e vuoti di offerta, senza che vi siano stati espliciti atti programmatori o accordi interaziendali. L'organizzazione delle interdipendenze viceversa può avvenire anche in maniera estremamente formalizzata e strutturata, utilizzando strumenti di pianificazione e coordinamento di area vasta.
L'organizzazione delle interdipendenze genera valore di sistema, mentre interdipendenze non organizzate distruggono valore. Due MMG di uno stesso quartiere presentano delle evidenti interdipendenze. Se condividono un ambulatorio, delle piccole tecnologie, una segreteria sono in grado di dimezzare i loro costi per i servizi di supporto ed aumentare il portafoglio di servizi per gli utenti […]
Il quarto tratto distintivo delle reti è quello di riuscire a distribuire **equamente** tra i nodi il valore aggiunto di sistema generato. L'equità riguarda l'equilibrio tra contributi e ricompensi che ogni nodo scambia con la rete. L'equità non è una dimensione oggettiva, ma soggettiva e riguarda la sfera delle percezioni e delle interpretazioni sociali. […]
La creazione di valore […] e la percezione di equità nella distribuzione di tale valore aggiunto ai nodi garantisce il perdurare nel tempo della rete.[…]
Per organizzare le interdipendenze è però necessario che tutti i nodi cedano alla rete alcune prerogative di governo, rinunciando ad alcuni gradi di autonomia […]. I nodi che si propongono come leader delle reti, come fondatori e promotori, sono quelli che cedono per primi alcune prerogative di governo alla rete, per dimostrare agli altri nodi interdipendenti di credere nel valore aggiunto che nasce dall'organizzazione delle interdipendenze. […]
Il SSN e i sistemi sanitari regionali, rappresentanti degli interessi della collettività, sono beneficiari del valore aggiunto delle reti socio-sanitarie. Le regioni, essendo le capogruppo dei loro sistemi aziendali, determinano la tipologia delle interdipendenze locali attraverso la definizione dei confini e delle missioni delle loro aziende […]

Da un lato possono **organizzare le interdipendenze dal centro**, contraendo le autonomie aziendali ed esercitando in maniera gerarchica il potere della capogruppo per organizzare i meccanismi di coordinamento. […] Viceversa le regioni possono promuovere l'organizzazione delle interdipendenze **partendo dall'autonomia delle aziende** e dalla loro libera decisione di coordinarsi dal basso. […] In questo approccio i sistemi di finanziamento dovrebbero rendere visibili e incentivare la creazione del valore di rete." (Longo 2007)
L'articolo di Longo (2007) prosegue delineando alcune possibili strumenti di integrazione per costruire e gestire le reti. Questi sono associati ai differenti livelli in cui può avvenire l'integrazione ovvero l'integrazione delle strategie e politiche aziendali, le integrazioni operative organizzative, l'unitarietà diagnostico assistenziale, l'unitarietà del percorso di fruizione. Nel primo caso gli strumenti possono essere gli accordi strategici interaziendali e la costituzione di società interistituzionali. Nel secondo caso si possono concordare acquisti socio sanitari congiunti, si può ricorrere alla programmazione congiunta dei servizi o ad equipe/servizi/sedi misti. Nel terzo caso si può ricorrere a gate d'ingresso unici o a case manager interistituzionali. Nel quarto caso si può ricorrere alla reingegnerizzazione interaziendale dei processi assistenziali. Come esempi sono riportati il modello lombardo e quello toscano.
"La **continuità** rappresenta un obiettivo ed insieme una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in maniera efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo" (Baldantoni e altri 2002). Possono essere identificati tre livelli nella continuità delle cure:

1. livello **individuale** – la continuità significa una relazione continuativa tra chi eroga e chi riceve un servizio sanitario;
2. livello di **team** – la relazione continuativa è con i membri del team che perseguono obiettivi (di salute) comuni.
3. livello di **rete** – la continuità è assicurata dalle relazioni tra le maglie di una rete di servizi che interagiscono a vari livelli, in funzione di carichi assistenziali differenziati.

Il **primo livello** è quello più conosciuto e tradizionale della continuità di rapporto diretto e protratto nel tempo tra medico e paziente. Questo tipo di continuità è quasi specifica dell'Assistenza Primaria." (Baldantoni e altri 2002)
"Le cure primarie, sia in generale che nello specifico, sono quelle che meglio si adattano alla gestione della medicina di iniziativa, in quanto l'assistenza è di tipo estensivo per la maggior parte dei casi, è caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente". (Querci e altri 2008)
"I pazienti saranno sempre maggiormente partecipi della pianificazione dei servizi sanitari, del governo della domanda, della valutazione della qualità, della gestione in proprio di parte del processo di cura e dell'attività di auto-aiuto […] Le implicazioni per il medico di un approccio centrato sul paziente impongono una visione basata sulla priorità da dare ai bisogni del paziente prima delle proprie comodità o interessi. E la parola bisogni va sottolineata in contrapposizione alla parola domanda, perché se e fin tanto che sarà possibile allocare le risorse in funzione dei bisogni e non della domanda espressa saranno maggiori le possibilità che il sistema mantenga la sua sostenibilità. Se dunque si rimane convinti dell'opportunità che ogni paziente debba avere un rapporto con un medico personale, formato a garantire primo contatto e cure continuative e ad ampio spettro, occorre altresì assumere, come parte integrante di tale funzione, la responsabilità di fornire direttamente prestazioni in rapporto ai bisogni e di gestire l'intero percorso assistenziale." (Auxilia, 2009)
"Soprattutto per i soggetti fragili sia dal punto di vista sanitario che sociale, l'analisi della natura del bisogno e dei criteri per definire le prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfarlo hanno subito radicali cambiamenti nel tempo. Da un modello teorico che teneva in considerazione solo le menomazioni dell'individuo e le sue conseguenze sulle sue capacità funzionali, si è passati ad un'analisi complessa della natura del bisogno letta ora in termini di impatto sull'attività e sulle funzioni psicofisiche del soggetto, in termini di fattori di contesto familiare e di partecipazione alla vita sociale che concorrono a definire meglio la complessità, l'intensità e la durata dell'intervento assistenziale […]

Al centro del processo assistenziale va dunque riportata la persona malata e la sua famiglia, con forte accentuazione del diritto delle persone a incidere sulle scelte assistenziali e ad essere destinatarie di interventi coordinati, continuativi, flessibili e tempestivi. La vera integrazione sociosanitaria è possibile solo se la persona e la sua famiglia vengono valutate con strumenti di valutazione integrata che permettono agli operatori sanitari e sociali di mettere in atto un piano di assistenza condiviso e individualizzato. Con strumenti multidimensionali e multiprofessionali è possibile la continuità delle cure, l'appropriatezza degli interventi, il supporto della famiglia, il rafforzamento della rete di assistenza formale ed informale. L'utilizzo di questi strumenti in alcune Regioni italiane da parte di equipe di valutazione multidimensionale distrettuali ha portato al centro dell'attenzione del sistema territoriale il paziente cronico con la sua rete familiare e ha, per la prima volta, affidato alle cure primarie la valutazione della persona non autosufficiente e del suo accesso alla rete dei servizi sia sanitari che sociali." (Rossi 2006)

"Sempre più frequentemente si affianca quindi al primo un **secondo livello**, nel quale opera un team multiprofessionali. Nella nostra realtà questo modello può essere paragonabile alla Medicina di gruppo prevista dagli accordi nazionali per la Medicina generale, alle forme più complesse di assistenza domiciliare e agli ambulatori integrati multidisciplinari ospedalieri per i pazienti fragili.
Il ruolo del medico appare sempre più complesso" non solo "nell'esercizio della sua funzione di **gatekeeper**", ma anche come principale punto informativo a cui i pazienti si rivolgono "per sapere quello che sta succedendo loro, che cosa significa e che cosa può essere fatto per risolvere i problemi di salute di cui sono portatori. Rispondere in modo convincente ed efficace a queste preoccupazioni, condurre il paziente all'interno del potenziale labirinto rappresentato dai servizi sanitari, e guidarlo verso le modalità più efficaci e appropriate di cura appare come l'elemento chiave della continuità assistenziale." (Baldantoni e altri 2002).
Alcuni casi d'uso sono descritti in (Baldantoni e altri 2002), tra questi la continuità assistenziale a domicilio nel paziente multiproblematico, la continuità assistenziale nel paziente multiproblematico oncologico, la continuità assistenziale nel paziente multiproblematico cardiologico, la continuità assistenziale nel paziente multiproblematico cardiologico, la continuità assistenziale nel paziente multiproblematico internistico, la continuità assistenziale nel paziente multiproblematico geriatrico.
"Tale approccio presuppone la disponibilità a operare in collaborazione con professionisti che hanno altra formazione, ad ampliare lo spettro di intervento a tutte le fasi della vita (fino alle cure terminali) e a tutti i percorsi di cura, inclusa la prevenzione individuale, a gestire la fruizione di tecnologie sofisticate […] Nella visione del futuro prossimo la figura del medico di famiglia appare connotata dall'essere e sentirsi parte di una rete, dal possesso di competenze avanzate che permettano di affrontare soprattutto i temi della fragilità e della coesistenza di più patologie, dall'operatività in gruppi in grado di ampliare il profilo di offerta. In ultima analisi, virtualmente tutti i problemi dovranno essere affrontati a livello delle cure primarie, con rapido passaggio alle specialistiche qualora il bisogno del paziente lo richieda." (Auxilia, 2009)

"Il **terzo livello** entra in gioco quando la complessità delle cure fa sì che la gestione del paziente sia condivisa tra i team di assistenza primaria e secondaria (territorio e ospedale), e ulteriormente negli snodi della rete tra regime di ricovero per acuti, subacuti, residenzialità extraospedaliera e domicilio." (Baldantoni e altri 2002)
"Appare evidente, dunque, che per migliorare l'integrazione e per promuovere l'innovazione è necessario partire dal cittadino e non dalle istituzioni o dalle strutture, che tendono ad essere autoreferenziali e a produrre solo i servizi che sono in grado di produrre. E' altresì necessario uniformare i sistemi di offerta locali e le modalità di fruizione degli interventi soprattutto salvaguardando principi di equità rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza ed alle forme di esigibilità dei diritti.
E' necessario governare i percorsi di cura tra i diversi nodi della rete del territorio, potenziando e diversificando l'offerta in relazione alla natura e alla complessità del bisogno ed è fondamentale potenziare le capacità del sistema di autoregolare ed integrare le parti che lo compongono e di orientarsi unitariamente al cittadino facilitando, attraverso l'informazione e modalità organizzative aperte e tra

loro collegate, l'accesso alle risposte disponibili con strumenti quali gli sportelli integrati o le carte dei servizi.
La rete diventa la dimensione fondante dell'integrazione sociosanitaria, perché solo all'interno di una rete che si raccorda ad altre reti (volontariato, privato sociale, privato accreditato) la persona più fragile può essere protetta, trattenuta e guidata nel suo percorso che è inevitabilmente dettato da bisogni, non sempre chiaramente espressi, sia sanitari che sociali in una alternanza difficilmente inquadrabile da logiche burocratiche o da sistemi rigidi di attribuzioni di competenze."(Rossi 2006)

"Un sistema complesso, in rapido e continuo cambiamento, e intrinsecamente rischioso come quello sanitario, presenta molti gap tra le persone e i processi assistenziali. I gap possono essere definiti come elementi di discontinuità nelle cure e appaiono come perdita di informazioni o interruzioni e ostacoli nell'erogazione del processo assistenziale. Questo elemento, che segnala una perdita di coerenza del profilo assistenziale individuale, si manifesta in particolare nel cosiddetto handover, il passaggio di consegne, ad esempio alla fine dei turni del personale, nel caso di trasferimenti tra Unità Operative diverse o tra diverse Strutture assistenziali, e/o quando cambia il regime assistenziale attraverso il network, come avviene ad esempio in caso di dimissioni tra l'ospedale e il territorio, o nel percorso inverso che porta al ricovero ospedaliero." (Baldantoni e altri 2002)
"La delicata fase di passaggio da un ambiente di cura all'altro, di cui l'esempio paradigmatico è la transizione ospedale-territorio-ospedale, è oggetto di intensa analisi da parte di tutti gli esperti di organizzazione dei sistemi sanitari sia a livello nazionale che internazionale. Essa costituisce uno snodo, anzi un nodo, molto vulnerabile della rete in cui solo l'integrazione e la comunicazione rendono la transizione possibile ed efficace per l'utente. L'organizzazione di questa fase della cura che, con termine anglosassone, viene chiamata **transitional care**, cerca di proporre ancora come fulcro del processo il soggetto e non l'istituzione, superando la logica isolazionista che spesso porta l'ospedale a non curarsi di ciò che avviene dopo la dimissione o il medico delle cure primarie a delegare totalmente la cura del proprio paziente durante un ricovero." (Rossi 2006)
Per approfondire si legga il recente articolo di Toniolo e Maglio (2004) o quello della Sarno (2007).
"La questione del rapporto che deve intercorrere fra ospedale e territorio è presente da molto tempo nel dibattito sia italiano che di altri paesi. […] Con ospedale si intendono tutte le attività che vengono effettuate nella struttura ospedaliera, sia essa un'Azienda ospedaliera o un Presidio ospedaliero di un'Azienda USL. Con tale termine si intendono comprendere anche le attività di day hospital e quelle ambulatoriali, sempre più numerose, che non danno luogo a ricovero ordinario. Vi è poi una potenziale estensione delle attività ospedaliere all'esterno dell'edificio, con ricoveri in low care in strutture esterne, ambulatori decentralizzati per attività di follow up, ospedalizzazione a domicilio. I confini dell'ospedale rispetto al territorio si fanno in parte più labili, anche se rimangono evidenti alcuni criteri di delimitazione, in base ai quali vengono ripartiti i finanziamenti ai tre principali livelli di assistenza: assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera. […] L'assistenza territoriale comprende attività e prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. L'offerta di tali servizi si colloca all'esterno degli ospedali per acuti e interessa singoli professionisti e strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali. Si tratta in sostanza delle attività collocate a livello dei distretti sanitari definiti dalla legge di riforma sanitaria (833/78) […] Tuttavia il termine territorio comprende non solo l'attività sanitaria, ma anche quell'insieme delle attività sociali effettuate dall'Azienda USL e in particolare dai Comuni. […]
In **Europa** ci troviamo di fronte, anche nell'ambito dei servizi sanitari nazionali, a soluzioni istituzionali diversificate. Laddove si privilegia il rapporto fra il sociale e l'assistenza sanitaria di base, ad esempio in Svezia e in Danimarca, entrambe le aree vedono una presenza rilevante della municipalità. […] Tali soluzioni […] sono caratterizzate da separatezza e conseguente discontinuità fra la sanità territoriale e quella ospedaliera, che si ripercuote anche su attività che nel nostro Paese trovano invece una discreta integrazione (ad esempio le attività psichiatriche). In altre situazioni come in Inghilterra […] il governo dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza ospedaliera è fortemente unificato. […]
In **Italia** i presidi ospedalieri sono stati, in molti casi, separati dalle USL e costituiti in aziende autonome (Aziende ospedaliere). I distretti sono stati più volte ridisegnati con dimensioni via via

maggiori; i poliambulatori più complessi sono stati aggregati in alcune regioni (ad esempio la Lombardia) alle Aziende ospedaliere. In altre regioni sono state costituite le aree vaste con un duplice obiettivo: l'ottimizzazione degli acquisti di beni e servizi e la programmazione delle attività sanitarie.[…]
I diversi disegni istituzionali perseguiti da molti Paesi in questi anni hanno la caratteristica di favorire o una maggiore integrazione fra le attività ospedaliere e l'assistenza territoriale, talora con una 'sanitarizzazione' dei servizi sociali, o una più forte coesione e coordinamento delle attività sociali e di quelle sanitarie territoriali, avendo collocato entrambi i servizi sotto un'unica regia. Difficilmente una stessa soluzione istituzionale risolverà il problema su entrambi i fronti: quello della continuità assistenziale fra ospedale e territorio e quello dell'integrazione fra assistenza sanitaria territoriale e servizi sociali.
Il momento ospedaliero rappresenta, nell'ambito del percorso assistenziale, un tassello sempre più piccolo (in termini temporali) e, al contempo, sempre più 'denso', in termini di intensità assistenziale, concentrazione di tecnologie, impegno economico. Da ciò la preoccupazione di elevarne l'appropriatezza ottenibile con la ricerca di un'elevata integrazione con la parte predominante del percorso assistenziale, a cui è spesso affidata la stessa efficacia delle prestazioni attuate, o impostate, durante la fase di ricovero.
Il percorso per l'integrazione fra ospedale e territorio può svilupparsi anche su altri versanti che non siano quelli istituzionali, attraverso processi organizzativi e procedure assistenziali, la cui ricaduta consiste anche nell'incrementare efficienza, efficacia e appropriatezza delle attività ospedaliere.[…]
L'ipotesi di organizzare o potenziare il livello delle cure primarie, anche con la finalità di ridurre l'ospedalizzazione, nasce dalla valutazione di esperienze realizzate in altri Paesi, oggetto anche negli ultimi anni di numerosi studi. Una delle esperienze più rilevanti è quella di una 'mutua' statunitense. L'HMO Kaiser Permanente (KP) […] La caratteristica della Kaiser è rappresentata dal fatto che i team di cure primarie garantiscono un'assistenza a una popolazione media di 8-15000 assistiti, attraverso centri in cui operano mediamente 20-40 medici, con pediatri, ginecologi, supporti diagnostici: laboratorio, radiologia. […] In sintesi la Kaiser offre un sistema con riferimenti in team di cure di base 'forti', in termini di competenze multidisciplinari e figure professionali (medici, infermieri, tecnici), a differenza del sistema inglese e di quello italiano che risultano fortemente frammentati. Vi è un notevole investimento in information technology (pari al 2% del budget complessivo) che consente di avere a disposizione una vera rete di connessioni fra le varie istituzioni e in particolare con gli ospedali di riferimento, con riduzione dei tempi e dei carichi di lavoro per i clinici. Gli obiettivi che questi team di cure primarie si pongono sono pertanto quelli di trattare il paziente al livello più adeguato in termini di costi/benefici, insegnare al paziente ad avere cura di se stesso (anche nel senso di autocura oltre che di prevenzione), riservando così il ricovero ospedaliero a casi effettivamente appropriati e minimizzando la durata di degenza in ospedale.[…]
Il ricovero in ospedale avviene, per un rilevante numero di pazienti, attraverso il Pronto Soccorso (ovvero il Dipartimento di Emergenza Accettazione, DEA). […] Alcune esperienze in altri Paesi si sono orientate prevalentemente ad offrire una risposta all'emergenza traumatologica minore, che rappresenta, specie nelle ore centrali della giornata, una delle cause di sovraffollamento dei Pronto soccorso ospedalieri, attivando Punti di Primo Soccorso (PPS) in strutture nelle quali non è prevista un'attività di ricovero. Tali esperienze hanno evidenziato potenzialità e criticità: il punto di forza consiste nella forte integrazione fra PPS e DEA di riferimento.[…] La maggiore criticità rilevata è rappresentata dalla difficoltà di fare turnare adeguatamente il personale fra le due strutture. […]
La **Regione Marche** sembra affidarsi a una riqualificazione complessiva della rete ospedaliera migliorando il sistema di rete degli ospedali, in modo tale che sia previsto un collegamento fra sedi ospedaliere periferiche e una sede centrale di riferimento, secondo il modello hub and spoke (mozzo e raggi), con una unitarietà dei modelli tecnico-professionali, l'utilizzo di equipe integrate e chiari percorsi assistenziali. […]
Forse le iniziative più concrete sono riscontrabili da parte di alcune Aziende in collaborazione con associazioni di volontariato. Nell'**area fiorentina** sono stati attivati alcuni PPS presso associazioni di volontariato che gestiscono attività ambulatoriali e diagnostiche. Poiché tali centri sono sede del presidio periferico del 118 (ambulanza medicalizzata) e, in alcuni casi, anche del servizio di guardia medica, hanno concordato di erogare prestazioni urgenti di bassa complessità. La concentrazione di

molteplici attività in uno stesso edificio, la qualità delle attrezzature diagnostiche disponibili (in uno dei PPS è presente anche la TAC), la loro dislocazione rispetto a un bacino di utenza ben definito e la forte identità dell'istituzione che lo gestisce rappresentano tutti elementi di forza di tali iniziative." (Geddes da Filicaia, 2005)
Altro esempio interessante è fornito dal **SIATA** (Galasso e altri 2007) ovvero il Sistema Integrato Assistenza Territoriale e Ambulatoriale. Il SIATA è una forma associativa complessa il cui nucleo centrale ruota intorno a una o più associazioni già costituite nella forma di medicina in rete o medicina di gruppo.
"Molte Regioni, tra le quali la Sardegna, stanno infine procedendo all'attivazione dei **punti unici di accesso** (PUA) ai servizi sanitari e sociali, strumenti organizzativi ai quali è affidato il compito di coordinare il percorso assistenziale del paziente dall'ospedale al distretto, in vista e al momento della sua dimissione, una volta superata la fase dell'acuzie. L'obiettivo è di garantire la continuità e la tempestività delle cure, specie nel caso di persone con problemi complessi che richiedono prestazioni integrate ti tipo sanitario o sociosanitario" (Licheri e altri 2008)
Simile alla soluzione del punto unico di accesso è l'iniziativa della **Casa della Salute** lanciata dal Ministero della Salute nel 2007. Come il PUA garantisce la continuità assistenziale ma ciò che la contraddistingue da esso è la sua capacità di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie. (Ministero della Salute 2007)

In conclusione "posizionare l'utente al centro del sistema di cure implica l'abbattimento dei confini esistenti tra le varie organizzazioni; la reingegnerizzazione dei processi tende a ricomprendere tutti gli **attori dislocati sul territorio**: non solo le strutture delle ASL (presidi ospedalieri, strutture di lungodegenza e riabilitazione, strutture di day hospital e day surgery, specialisti sul territorio, assistenza domiciliare e medici di base) ma anche altre strutture in qualche modo chiamate a cooperare nella soluzione del problema di salute (aziende ospedaliere pubbliche, strutture private convenzionate e non, servizi dell'ente locale, organizzazioni di volontariato etc.) [...] L'obiettivo finale è quello di costituire per il paziente percorsi unitari tra le diverse strutture dislocate sul territorio." (Adinolfi 2001)
Il rapporto presentato dal Ministero della Salute (2008) passa in rassegna le principali forme assistenziali che ruotano intorno alla figura del **medico di famiglia**. Il ruolo del medico di base viene ulteriormente approfondito dalla Brunello (1999) che elenca le principali forme organizzative secondo le quali si può esplicare l'attività assistenziale del MMG.
Il ruolo delle cure domiciliari viene invece affrontato da Podavitte F. e altri (2008n.1/4) che presentano il caso della ASL di Brescia, e da Cosentino (2009) che fa il punto della situazione a livello nazionale sulla **Guardia Medica**.
Gugiatti (1998) esplora invece il ruolo del **terzo settore** basandosi in particolare sul caso della Regione Lombardia. Cuccurullo e Tommassetti (2002) presentano invece un interessante articolo sulle collaborazioni tra pubblico e privato in sanità.
"Accanto allo sviluppo delle attività territoriali si persegue l'appropriatezza dell'attività ospedaliera in una logica che porta a una riduzione dei ricoveri ordinari, attraverso l'implementazione dei modelli assistenziali in regime di day surgery, day hospital, day service, rimodulando l'intera organizzazione aziendale."(Licheri e altri 2008)
Per approfondire l'aspetto delle **dimissioni protette** si può leggere l'articolo di Cirio e Pregno (2008) che riporta l'esempio dell'ASL 4 di Torino o quello di Becchi e altri (2005) che riporta il caso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena. Galli e Bussotti (2007) presentano la soluzione della **microequipe ospedaliera** "composta dall'infermiere, dall'assistente sociale, dal medico ospedaliero dal fisioterapista e viene attivata ogni qualvolta ci si trovi davanti a un paziente a rischio di dimissione difficile". L'articolo di Geddes da Filicaia (2005) presenta un **rapporto sulla dimissione protetta** analizzando i dati provenienti dall'intero territorio nazionale. L'articolo di Hanau (2007) si focalizza sul problema delle **cure a lungo termine** presentando i dati della ASL di Brescia mentre Bertone e altri (2007) presentano l'esperienza nella **lungo assistenza domiciliare** della ASL 1 di Torino. Galanti (2007) affronta l'argomento del nuovo assetto organizzativo delle **attività intra ed extra ospedaliere**. L'articolo di Ferrari (2009) tratta invece le tematiche della gestione dei **pazienti ambulatoriali complessi** nell'azienda USL di Parma.

1.1.3 EVOLUZIONE DEGLI STRUMENTI PER IL CONTROLLO DI GESTIONE

"In tale contesto assume rilevanza strategica la **programmazione integrata** e il conseguente superamento della programmazione settoriale, anche al fine di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde infatti in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento, passando per l'implementazione dei sistemi informativi esistenti, necessari per conoscerli e legarli all'offerta, alla qualità dei servizi e agli esiti.
Altro elemento di rilevanza strategica è il governo del sistema sanitario attraverso l'applicazione delle metodologie per il controllo di gestione e il **Miglioramento Continuo della Qualità** (MCQ). Entrambi questi processi si interfacciano rispettivamente con l'area del **Governo Clinico** (Clinical Governance) e dell'Organizzazione (Governo Organizzativo), per affrontare la riorganizzazione dei processi clinici e gestionali (Governo di Sistema) che viene sempre più percepita come cruciale per il raggiungimento della qualità generale del sistema di erogazione delle prestazioni e dei servizi" (Scalzo 2009).
"Il Governo Clinico nasce proprio come il momento privilegiato dell'integrazione tra l'esigenza di fare bene le cose (e cioè il **Sistema Qualità**) e l'esigenza di fare le cose giuste (e cioè l'**Appropriatezza** e gli Standard professionali), ma anche tra la necessità di organizzare bene la struttura (e cioè l'**Accreditamento della struttura**) e quella di valorizzare appieno le risorse umane (e cioè l'**Accreditamento dei Professionisti** con la Formazione Continua). La volontà di superare la vecchia scissione tra il bilancio contabile da un lato (e cioè i dati economici) e il bilancio di salute dall'altro lato (e cioè la qualità dei servizi, l'appropriatezza, la valutazione degli esiti per i pazienti) ha trovato piena espressione nel mondo anglosassone nella scelta di attribuire all'Executive Chief (figura che corrisponde ai nostri Direttori Generali) la responsabilità complessiva della qualità clinica dei servizi. Una Direzione Generale non può essere valutata solo sulla base del pareggio di bilancio, ma dall'analisi del bilancio economico rispetto ai risultati qualitativi e complessivi di salute che ha saputo raggiungere. Ed i DistRetti, in questo contesto, rappresentano uno dei principali fattori strategici della capacità di governo clinico in un territorio. Una scommessa che passa attraverso la specifica qualificazione dei dirigenti di Distretto" (Lagalla e Madeddu (?) 2008)
"Il distretto è l'ambito territoriale che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche e ad assicurare la continuità delle cure, in quanto tra le sue attribuzioni vi sono:

1) la valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute […]
2) la propensione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi e alla costruzione di database, alle attività programmate e agli interventi proattivi […]
3) il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di counselling individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di mutuo aiuto etc.)" (Querci e altri 2008)

"Il Distretto, laddove è organizzato agisce in una **logica di gestione per processi**, mette in linea varie attività e realizza la cosiddetta integrazione orizzontale che a sua volta viene chiamata a rispondere ai bisogni di domanda-problema del cittadino di un ambito territoriale" in un ciclo continuo di 'programmazione-acquisto-controllo' " (Bodini 2007)
"Con la gestione per processi, applicata al contesto sanitario, si è cercato da un punto di vista meramente gestionale di:

1) **focalizzare l'attenzione della gestione sull'output specifico** dell'organizzazione sanitaria (la gestione di un problema di salute) e sulle modalità con le quali esso viene generato, piuttosto che, come tradizionalmente avviene, considerando complessivamente gli output (eterogenei e parziali) di un'articolazione organizzativa (dipartimento, unità operativa o centro di costo);
2) **ridisegnare il sistema delle responsabilità aziendali**. La gestione per processi infatti offre la possibilità di identificare responsabilità di processo, odi segmento dello stesso, in alternativa o congiuntamente alle tradizionali responsabilità di struttura;

3) sviluppare capacità di **analizzare i fenomeni gestionali in un'ottica di tipo trasversale**, travalicando le tradizionali barriere poste dagli assetti organizzativi e istituzionali, recuperando ad unitarietà i contributi forniti da soggetti diversi (unità operative ospedaliere e territoriali) al fine di migliorare i livelli di integrazione tra gli stessi e lo sviluppo di sistematici momenti di confronto per garantire il miglior risultato possibile al paziente in una logica di continuità delle cure;
4) avviare, attraverso il puntuale monitoraggio dei processi gestiti, del cosiddetto **ciclo di miglioramento continuo** dei risultati.[…]

L'idea di fondo consiste nel progettare un sistema che consenta, attraverso la rilevazione dei fenomeni specifici, di analizzare le modalità con le quali è gestito l'oggetto fondamentale di riferimento dell'azienda: il paziente. Approccio basato sull'assunto che, per consentire ai dirigenti medici di attivare le azioni necessarie per governare i risultati (sanitari e gestionali) dell'azienda, è necessario progettare un sistema di informazioni, tendenzialmente di carattere non monetario, che evidenzi il processo assistenziale seguito dal paziente e le singole attività utilizzate allo scopo di risolvere gli specifici problemi di salute".(Casati e altri 2002)
Secondo Ermini (e altri 1996) "Un progetto di cura deve coesistere con un progetto di **presa in carico del paziente** che è condizione indispensabile affinché si realizzi la continuità dell'assistenza […] Altra condizione essenziale per realizzare la continuità delle cure è la **multidisciplinarietà**. […] Oltre a quella fra specialisti è necessaria anche l'integrazione con le professioni non sanitarie (assistenti sociali, caregivers, associazioni di volontariato) che assumono un ruolo fondamentale nel condizionare il livello di autonomia e la qualità della vita del paziente con disabilità […] Focalizzando l'attenzione sulla salute di un paziente, si può mettere in evidenza come la produzione di essa attraversi orizzontalmente l'intero contesto sanitario coinvolgendo l'insieme dei servizi e delle prestazioni disponibili che occorrono per soddisfare la sua richiesta di salute. Il punto centrale del problema è la definizione di percorsi clinico-assistenziali in cui l'obiettivo della conservazione di uno stato di salute sia affidato ad un gestore del progetto con presa in carico dei bisogni di salute del paziente e attivazione di volta in volta del livello di assistenza più appropriato in un determinato contesto. […] Anche la medicina basata su prove di efficacia (**EBM**) si è rivelata un prezioso strumento di razionalizzazione delle attività e delle risorse, quindi di miglioramento della qualità assistenziale e allo stesso tempo di crescita culturale. […] Il suo ruolo è stato riconosciuto dalla riforma ter, con il principio, sancito dal D.Lgs. 229/1999 secondo cui 'sono poste a carico del servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impegnate'. In correlazione con l'EBM, crescente successo e utilizzo hanno i **clinical pathways**, piani interdisciplinari di cura conosciuti in Italia come **profili** o **percorsi assistenziali**. Si tratta di strumenti di gestione clinica usati per definire, in accordo con l'EBM, nel contesto applicativo locale, il migliore processo assistenziale per rispondere a specifici bisogni di salute. I percorsi assistenziali pongono quindi l'attenzione sul miglioramento dei processi per ridurne la variabilità non necessaria e per aumentare la qualità dell'assistenza e del servizio offerti. L'utilizzo dei percorsi assistenziali ha come obiettivo primario la minimizzazione dei ritardi e delle variazioni non necessarie nell'erogazione dei trattamenti, enfatizzando di contrasto gli elementi di somiglianza tra tutti gli interventi inclusi in un processo diagnostico-terapeutico ideale che deve essere seguito da un paziente per garantirne i migliori esiti." (Ermini e altri 1996)
"L'avvio del ciclo di miglioramento continuo, attraverso lo strumento del percorso del paziente, si basa sul confronto sistematico tra i percorsi effettivamente gestiti (**percorsi effettivi** o **reali**) e un parametro di riferimento articolato, a sua volta, nella forma di percorso (**percorso di riferimento**).
Per percorso effettivo si intende l'iter concretamente seguito dall'organizzazione per dare risposta al problema di salute di un singolo paziente. Per percorso di riferimento si intende invece la migliore sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione e delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute di una tipologia di pazienti […] Il concetto di percorso di riferimento si discosta in modo netto da quello di linea guida o di protocollo" in quanto"[…] rappresenta un processo

concretamente gestito e che si sviluppa all'interno di una determinata organizzazione. […] Differenze tra percorsi effettivi e di riferimento sono, entro determinati limiti, assolutamente fisiologiche. Esse infatti possono essere generate, in prima analisi, dalle caratteristiche specifiche del paziente […]. Gli scostamenti registrati, negativi e positivi, contribuiscono all'affinamento progressivo (progettazione di ramificazioni di un percorso base) e all'evoluzione del percorso di riferimento (individuazione di nuovi percorsi di riferimento in grado di generare risultati migliorativi rispetto a quello originale). Le evidenze generate dall'analisi dei percorsi effettivi possono determinare un **ripensamento di quello di riferimento** suggerendo:

1) l'**introduzione di nuove attività**;
2) l'**eliminazione di attività** che non generano valore (non in senso strettamente economico);
3) la **modificazione della collocazione temporale di un'attività**;
4) la **modificazione delle responsabilità** nella gestione e nell'erogazione di talune attività (ad esempio dall'ospedale al territorio).

La possibilità di identificare, tra processi gestiti con caratteristiche generiche omogenee, quello in grado di garantire il miglior risultato possibile, è subordinata a un'attenta attività di valutazione che prende in considerazione le differenti sfaccettature che contraddistinguono il risultato delle organizzazioni sanitarie:

1) **dimensione sanitaria**, che è misurata attraverso un set di parametri che consentono di esprimere una valutazione relativamente alla capacità del percorso di ridurre il gap di salute del paziente […];
2) **dimensione di processo**, che è caratterizzata dalla misurazione di parametri che forniscono informazioni relative alla durata del percorso […];
3) **dimensione economica**, che è definita mediante il calcolo del costo del processo.[…]

L'obiettivo delle sperimentazioni sul percorso del paziente non consiste nell'individuare il percorso migliore tra quelli gestiti, ma piuttosto nell'avviare un processo che porti i componenti dei gruppi di lavoro prima, e delle strutture organizzative coinvolte successivamente, a discutere delle loro modalità di lavoro e a sviluppare la cultura della valutazione.[…]
Il percorso di riferimento, per le connotazioni attribuite a tale strumento, non può essere uno strumento 'prescrittivo'. Le condizioni organizzative, nelle quali si sviluppa il miglior percorso attuale sono sempre in evoluzione e allo stesso modo le modalità di sviluppo dei percorsi effettivi possono subire modificazioni. […] In questo senso il percorso di riferimento è sistematicamente a scadenze prefissate oggetto di rivalutazione alla luce delle evidenze derivanti dai percorsi effettivi." (Casati 2002).
Le evidenze sono quelle fornite dal sistema degli indicatori ed una buona metodologia per arrivare ad una loro corretta definizione è quella della **Balanced Scorecard** (**BSC**). Questa può essere considerata come "la traduzione della strategia aziendale attraverso una serie coerente di misurazioni che definiscono gli obiettivi a lungo termine e i meccanismi per raggiungere tali obiettivi. […] La BSC si basa su una preventiva revisione della Mission e della Vision […] da questa si passa alla definizione degli obiettivi, o meglio delle key performance area (KPA) all'interno delle prospettive. Nella definizione tradizionale (pensata per industria) le quattro prospettive sono quella economico-finanziaria, della clientela, dei processi interni e dell'apprendimento e crescita […] Il processo logico della BSC passa dalle KPA alle Key Performance Indicator (KPI) che serviranno a monitorare il livello di raggiungimento del target. […] Il sistema degli indicatori si articola in due tipologie: leading e lagging. La prima categoria raccoglie delle misure di tendenza, degli indicatori che sono in grado di offrire un'immagine, di diagnosticare l'andamento della performance nella direzione che sarà poi apprezzata dalla misura primaria, quella lagging, che ha un ridotto potenziale diagnostico, ma un alto valore in termini di risultato che esprime." (Frittoli e Mancini, 2004)
Per approfondimenti sulla BSC si può leggere l'articolo di Cuccurullo e Tommassetti (2004) o quello di Spazzapan e altri (2003) che presentano il caso dell'azienda sanitaria isontina.

"L'introduzione del controllo di gestione nelle realtà aziendali del sistema sanitario è volto al raggiungimento di almeno due obiettivi fondamentali […]. Prima di tutto l'**efficienza** […], Spingono verso questa direzione l'esigenza del contenimento del deficit pubblico, condizione essenziale per ipotizzare uno sviluppo equilibrato e duraturo, e la necessità di offrire servizi qualitativi in linea con le esigenze della popolazione. In secondo luogo la **responsabilizzazione**: la scomposizione dei risultati complessivi in risultati parziali e la responsabilizzazione di parti della struttura organizzativa su costi di produzione, margini di contribuzione, indicatori di qualità e volumi di attività, è parte di quel processo di decentramento fondamentale per governare enti complessi e differenziati attraverso nuovi metodi sempre più orientati all'efficienza e alla qualità. Il controllo di gestione non è però solo uno strumento di ottimizzazione: pur ponendo l'accento sul rapporto tra risorse e risultati, esso costituisce anche un sistema informativo decisionale tendente ad orientare il comportamento dei membri di una organizzazione al fine di indirizzarlo al raggiungimento degli obiettivi aziendali." (Longo e Masella 2000)
Il controllo di gestione permette di effettuare un'altra importante operazione che è il confronto con altre realtà aziendali (**benchmarking**).
"

1) la funzione di **sostituto del libero mercato**. […] Attualmente un tale meccanismo di mercato esiste solo in misura limitata nel settore sanitario. L'autonomia del consumatore di fatto non esiste e di solito un ospedale non ha la possibilità di prendere decisioni riguardo alle strutture di performance e ai livelli di servizio, perché esse dipendono dalla programmazione dello Stato.[…]
2) la **funzione innovativa** […] Il mercato premia l'imprenditore innovativo con un aumento della quota di mercato […]
3) la **funzione di apprendimento e di sviluppo**. I dati provenienti dal confronto aiutano a individuare i limiti nell'ambito delle prestazioni sanitarie e a cercare le prestazioni professionali migliori (best practices) […].
4) La **funzione manageriale** […] Possono essere tratte informazioni rilevanti ai fini del processo decisionale che vengono poi trasformate in obiettivi operativi."(von Eiff e La Pietra 2002)

In ambito ospedaliero alcuni benchmark di riferimento vengono messi a disposizione dall'Centro di Management Ospedaliero della Fondazione Bertelsmann (von Eiff e La Pietra 2002).
Per approfondimenti si può leggere l'articolo di Gemmi e altri (2007) sulla valutazione della performance ospedaliera o l'articolo di Geddes da Filicaia e Maciocco (2007).
La gestione per processi può avvalersi durante il ciclo di miglioramento continuo, oltre che di un sistema di indicatori anche di un altro importante strumento di aiuto decisionale conosciuto come "**metodo del percorso critico**".
"Il percorso critico è costituito da una lista di controllo di tutte le attività che devono essere fatte nella giornata nei tempi prefissati, suddivisi per figura professionale. A fianco della lista vi sono gli obiettivi che devono essere raggiunti e il tempo in cui vanno raggiunti. A fianco ancora vi è uno spazio per indicare i motivi per gli obiettivi non raggiunti o i cambiamenti del percorso.
Senza un sistema di riferimento esplicito, le dimensioni, le omissioni e i disguidi sono frequenti e lo divengono ancora di più quando il processo di cura coinvolge più servizi, reparti o strutture.
Per ovviare a questi problemi è necessario:

1) ridurre le omissioni, formalizzando le procedure;
2) ridurre la varianza delle cure, scrivendo un piano di riferimento;
3) identificare le varianze, annotandole su moduli adatti;
4) correggere le varianze, riprogettando;
5) innescare il miglioramento, migliorando il progetto.

Il percorso cerca di ovviare ai problemi della mancata formalizzazione e del mancato coordinamento permettendo una migliore gestione delle risorse. […]
I processi di cura che possono giovarsi della tecnica dei percorsi critici sono quelli ad alto flusso, ad alto costo e ad alta varianza delle cure (non giustificata da situazioni cliniche). Il percorso critico tuttavia

non è adatto a situazioni cliniche troppo complesse o con un numero eccessivo di problemi, situazioni nelle quali non è facile distinguere se la varianza dei comportamenti dipende da cattiva organizzazione delle cure o da una gamma troppo complessa di problematiche cliniche." (Marcon e altri 2002)
Nella **Regione Marche** "alla fine del 1998 è stata avviata una revisione critica dei percorsi e si è potuto rilevare che le principali criticità risultavano connesse alle difficoltà di integrazione tra le diverse aree di intervento e anche alla distanza spesso esistente tra i processi innovativi attivati nelle Aziende e la vita dell'organizzazione nel suo complesso. L'**ARS** aveva attivato uno specifico **Ufficio di Piano**, direttamente connesso alla Direzione generale dell'Agenzia che ha messo a punto un'ipotesi di lavoro".(Di Stanislao e Noto 1999) "Nel **distretto 2 dell'AUSL 7 di Ancona** è stata poi proposta l'elaborazione dei percorsi diagnostico terapeutici"(Testa e Buccione 2002).
Alcuni esempi di percorsi assistenziali ideati per il sistema sanitario della Regione Veneto sono stati presentati da Toniolo e altri (2005). Come possibili casi d'uso sono stati considerati la dimissione protetta dall'ospedale al domicilio, il trasferimento da ospedale a ospedale, l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata e l'accoglimento nel centro residenziale di cure palliative.
Per ulteriori approfondimenti sui temi del miglioramento continuo in sanità è possibile consultare l'articolo di Favaretti e De Pieri (2007) che adattano le norme contenute nello standard ISO 9000 al caso del sistema sanitario, quello di Lucchetti e altri (2003) che espongono il caso del monitoraggio e valutazione del sistema delle cure domiciliari in una Comunità Montana della Regione Marche.

RIFERIMENTI

Adinolfi P., "L'evoluzione organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche", MECOSAN, n.37, sez.1, pp.41-58, 2001

Alfano A., "Lo scenario internazionale", Salute e Territorio, n.159, pp.334-338, 2006

Auxilia F., "Integrare e dare continuità ai livelli di cura tra ospedale e territorio", Prospettive Sociali e Sanitarie 4/2009, pp.8-10, 2009

Baldantoni E., Bovo C., Rausa G., "La continuità delle cure tra ospedale e territorio: una strategia per il miglioramento della qualità dell'assistenza", QA, vol.13, n.1, pp.9-14, Marzo 2002.

Becchi A., Callegaro A., Campagna A., Tasinato M., Mogavero R., Colombini R., Vigne L., Roli L., Grassi D., Pieroni G., "Le dimissioni protette nell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena", Tendenze Nuove, 3/2005, pp.297-313, 2005

Bertone F., Serafini P., Baratta A., Mamo C., Chiecchio A., "Lungoassistenza domiciliare: una prima analisi dell'esperienza torinese", Tendenze Nuove, n.4-5/2007, pp.511-531, 2007

Bodini E., "Più governo della salute potenziando l'attività del territorio", Panorama della Sanità, n.38, pp.16-23, ottobre 2007.

Brunello C., "Analisi dei modelli micro-organizzativi della Medicina di base", MECOSAN n.29, sez.3, pp.81-92, 1999.

Casati G., "La gestione per processi in sanità", QA, vol.13, n.1, pp.15-30, Marzo 2002

Casati G., Deales A., Paladino G., Delli Quadri N., "La gestione per processi in sanità prende avvio dal 'percorso del paziente' ", MECOSAN, n.44, sez.1, pp.9-26, 2002.

Cavicchi I., "La crescita della spesa sanitaria", n.159, pp. 355-357, 2006

Cirio F., Pregno C., "Le dimissioni protette ospedaliere per la continuità assistenziale nell'anziano non autosufficiente. Risultati empirici dello studio condotto presso l'ASL 4 di Torino", Tendenze Nuove, 2/2008, pp.175-197, 2008

Collicelli C., "I costi della mancata integrazione", Salute e Territorio n.159, pp.339-348, 2006

Cosentino E., "Sul territorio a tutto campo", Panorama della Sanità, n.3, pp.23-25, gennaio 2009.

Cuccurullo C., Tommasetti A., "Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità: configurazioni organizzative e finalità strategiche", MECOSAN n.44, sez.1, pp.61-71, 2002

Cuccurullo C., Tommassetti A., "L'impiego delle mappe strategiche nella balanced scorecard: processo di costruzione ed effetti sistemici", MECOSAN n.49, sez.1, pp.47-62, 2004.

Da Col P., "L'apporto del distretto alla ridefinizione delle strategie aziendali", Studi Cancan – Politiche e Servizi alle Persone, n.6, 2000

D'Aietti G.M., Dominijanni M., Autieri F., Messina G., "Il nuovo modello di welfare regionale nel disrtretto socio sanitario di Pantelleria", Mondo Sanitario n.6, pp. 15-21, giugno 2008.

Di Stanislao F. e Noto G., "Sviluppo organizzativo qulity-oriented. Un quadro concettuale ed una ipotesi di lavoro per le aziende sanitarie", MECOSAN n,31, sez1, pp.23-36, 1999.

Ermini R., Ciuffi D., Bielli S., "Gestione Integrata Ospedale-Territorio dei Percorsi della Riabilitazione", Mondo Sanitario, n.662, pp.8-14, 1996

Favaretti C., De Pieri P., "I sistemi qualità nelle aziende sanitarie", Tendenze Nuove, n. 3/2007, pp.281-290, 2007.

Ferrari L.,"Il governo della domanda e la gestione dei pazienti ambulatoriali complessi", Tendenze Nuove, n. 3/2009, pp.241-260, 2009

Foglietta F., "Un approccio innovativo per programmare la risposta ai problemi di salute", Panorama della Sanità, n.24, pp.38-39, giugno 2005.

Frittoli G., Mancini M., "Balanced Scorecard e Aziende Sanitarie", MECOSAN n.49, sez1, pp.21-46, 2004.

Galanti C., "Il rapporto con il territorio", Salute e Territorio n.161, pp.85-88, 2007

Galasso F., Narracci O., Di Bella G., Leo C., Capone V., Martello G. Monopoli D., Quaranta E., Vinci E., "SIATA, modello evoluto di cure primarie", Panorama della Sanità, n.2, pp.38-39, gennaio 2007.

Galli S., Bussotti A. "Le dimissioni ospedaliere", Salute e Territorio, n.161, pp.81-84, 2007

Geddes da Filicaia M., "Il rapporto tra ospedale e territorio", Prospettive Sociali e Sanitarie, n.21/2005 pp.1-5, 2005

Geddes da Filicaia M., "Il rapporto tra ospedale e territorio", Prospettive Sociali e Sanitarie, n.22/2005 pp.3-7, 2005

Geddes da Filicaia M., Maciocco G., "L'ospedale del futuro", Salute e Territorio n.161, pp.119-123, 2007

Gemmi F., Nerattini M., Mechi M.T., "La valutazione della performance ospedaliera", Salute e Territorio, n.161, pp. 96-102, 2007

Gugiatti A., "Il ruolo del Terzo Settore nell'Offerta di servizi socio-sanitari e assistenziali. Il caso lombardo", MECOSAN n.28, sez.1, pp.35-48, 1998.

Hanau C., "Le cure a lungo termine", Salute e Territorio n.161, pp.72-74, 2007

La galla R., Madeddu A., "Governo Clinico e Distretto: tra obiettivi di salute e obiettivi economico-finanziari", Panorama della Sanità, n.3, pp.30-31, gennaio 2008.

Licheri N., Lagamma M.L., Quercioli C., "La continuità delle cure nel circuito ospedale-territorio-domicilio dell'assistito il contributo del punto unico di accesso", Mondo Sanitario, n.6, pp. 8-14, giugno 2008.

Longo F., "Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settori socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario", MECOSAN, n.37, sez.1, pp. 59-68, 2001

Longo F., "Incentivi e strumenti per l'integrazione delle reti socio-sanitarie", Tendenze Nuove, 4-5/2007, pp.533-551, 2007

Longo M., Masella C., "Il processo di trasformazione delle aziende sanitarie e il ruolo del controllo di gestione", MECOSAN n.35, sez.1, 2000

Lucchetti M., Rinaldi L., Papaleo A., Ahmad W., "Monitoraggio e valutazione del sistema delle cure domiciliari in una Comunità Montana della Regione Marche", Tendenze Nuove, n.6/2003, pp. 557-579, 2003

Marcon G., Cerutti R., Grossele R., Salmaso A.M., Rado V., Corrò P., Ciuffreda M., Meggiorato M., Barbiero E., Bustreo D., Scatamburlo C., Bragato L., "Reingegnerizzare i processi per garantire qualità, risk management e outcome: il percorso critico per la frattura di femore", QA, vol.13, n.1, pp. 55-62, Marzo 2002.

Ministero della Salute, "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi per l'erogazione delle cure primarie", Panorama della Sanità, n.30, pp.36-37, agosto 2005.

Ministero della Salute, "Incontro Nazionale La Casa della Salute – Atti del Convegno", Roma, 22 Marzo 2007.

Oleari F., "Territorio e distretto come area di governo dopo il D.Lgs 229/99", Studi Cancan – Politiche e Servizi alle Persone, n.6, 2000

Paccaud F., "Gli scenari futuri dei servizi sanitari", Salute e Territorio n.126, pp.87-100, 2001.

Podavitte F., Scarcella C., Marinoni T., Mattana E., Mattanza C., Rozzini R., Trabucchi M., "La rete dei servizi per l'anziano a Brescia nelle cure domiciliari e nelle RSA: una risposta adeguata al bisogno ?", Tendenze Nuove, n.1/2008, pp.23-42, 2008.

Podavitte F., Scarcella C., Marinoni T., Raccagni M., Trabucchi M., "Le cure domiciliari: uno scenario in evoluzione", Tendenze Nuove, n.4/2008, pp.491-516, 2008.

Querci A., Calvelli P., Nante N., "Dall'Ospedale al Territorio, Percorso Assistenziale Sperimentale nella ASL 7 di Siena", Mondo Sanitario, n.6, pp.1-7, giugno 2008

Rossi E., "Interventi territoriali", Salute e Territorio n.159, pp. 362-374, 2006

Sarno P., "Riorganizzare il territorio per i nuovi bisogni", Panorama della Sanità, n.39, pp.18-19, ottobre 2007.

Scalzo A., "Qualità e accreditamento in un sistema sanitario integrato", Conferenza di Partecipazione e Servizio "Ospedali del Tirreno e Nuovi Percorsi Socio Sanitari", Regione Calabria, 1 Giugno 2009.

Spazzapan D., Pilati G., Mariotto A., "L'introduzione del balanced scorecard nell'Azienda saniataria Isontina", MECOSAN, n.48, sez.3, pp.119-135, 2003.

Taccioli M., Lombardi R., Autieri F., Nante N., "Home Care Management Il ruolo dell'infermiere nell'esperienza senese", Mondo Sanitario n.662, pp.30-37, 1996

Testa F., Buccione C., "Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria", MECOSAN n.44, sez.1, pp.27-59, 2002

Toniolo F. e Maglio M., "I servizi del territorio come possibile risposta alle rinnovate richieste di salute dei cittadini" Panorama della Sanità, n.36, pp.23-27, settembre 2004.

Toniolo F. e Maglione T., "Le possibili sinergie tra ospedale e territorio", Panorama della Sanità, n.37, pp.14-17, ottobre 2004.

Toniolo F., Ruolo G., Martello T., "La presa in carico della persona: dall'ospedale al territorio", Panorama della Sanità, n.29, pp.40-44, luglio 2005.

Vanara F., "Aziende sanitarie: struttura dell'offerta, rapporto con l'ambiente e articolazione interna", Tendenze Nuove, n.4/2008, pp.411-435, 2008

Vecchiato T., "L'integrazione sociosanitaria nel distretto dopo il PSN 1998-2000 e il D.Lgs 229/99", Studi Cancan – Politiche e Servizi alle Persone, n.6, 2000

Von Eiff W., La Pietra L., "Esperienze di Benchmarking – Parte prima", QA, vol.13, n.1, pp. 31-35, Marzo 2002

LA RETE OSPEDALE-TERRITORIO DEGLI OSPEDALI CHELSEA&WESTMINSTER DI LONDRA E DEL MODELLO SPERIMENTALE "CARLO URBANI" DI JESI

CLAUDIO MARTINI*, CINZIA GIAMMARCHI**

**Responsabile Sistema Governo Clinico della Zona Territoriale 5 di Jesi*

***NHS Exceptional Funding Manager, Bristol (UK).*

Nel 1997, i Labouristi di Blair vincono le elezioni e tornano al potere grazie anche ad un programma di riforme che punta su un sistema sanitario più equo ed integrato. Gli obiettivi sono principalmente tre:
ridurre le iniquità di accesso e di finanziamento ai servizi sanitari;
abbandonare il sistema competitivo del mercato interno e della privatizzazione promosso dal governo Tatcher, a favore di un modello di "cooperazione";
promuovere il ruolo dei General Practitioner (GP), l'equivalente dei medici di medicina generale (MMG) in Italia, nonché dell'assistenza sanitaria territoriale
L'idea dominante, pur senza una rottura netta con il passato e le precedenti politiche tacheriane, è quella della cooperazione basata sul concetto di "network", cioè rete tra tutti gli attori che compongono il sistema sanitario. Da allora le politiche del Department of Health (DH), l'equivalente dell'italiano Ministero della Salute, hanno promosso ed enfatizzato questo concetto.

FOUNDATION TRUSTS

L'ospedale Chelsea&Westminster ha negli anni seguito le politiche del DH e sfruttato appieno le opportunità offerte dal governo labourista, come quella di diventare una Foundation Trust, cioè una corporazione non profit, indipendente, che ha responsabilità verso la comunità locale che serve, piuttosto che verso il governo centrale.
Pensati come strumento di decentralizzazione dal governo centrale verso le comunità locali, i Foundation Trusts rappresentano l'inizio di un cambiamento profondo del modo in cui i servizi ospedalieri sono gestiti e forniti. I cittadini, i pazienti e le loro famiglie, infatti, entrano a pieno titolo a far parte della rete tra ospedale e territorio in quanto, in linea con il programma di riforme "NHS Plan" del DH (2000), i Foundation Trusts danno maggiore potere e più voce alle comunità locali ed al personale professionista rispetto allo sviluppo e al modo di erogare i servizi per la salute. I Foundation Trusts, nonostante vengano sottoposti dalla "Healthcare Commission" agli stessi controlli degli altri ospedali per verificare il raggiungimento degli standard nazionali, hanno maggiore libertà e flessibilità di gestione, anche economica.
La creazione dei Foundation Trusts ha giocato un ruolo fondamentale nel sostenere i progressi fatti dal NHS negli ultimi anni. Uno studio indipendente effettuato dalla Healthcare Commission ha dimostrato come i Foundation Trusts contribuiscano allo sviluppo di nuovi approcci che garantiscono una migliore qualità delle cure e dei servizi a beneficio dei pazienti. Nel 2004 il Monitor autorizzò il primo ospedale a diventare un Foundation Trust. Oggi in Inghilterra ci sono 392 Foundation Trusts.

ESEMPI DI RETE NELL'OSPEDALE CHELSEA&WESTMINSTER DI LONDRA

Gli ottimi risultati raggiunti dal Chelsea&Westminster non sarebbero possibili senza lavorare in un ottica di integrazione di diversi ambiti, lavorando a rete. La filosofia della rete è parte integrante

dell'idea alla base dell'operato di questo ospedale, sia verso l'esterno, che verso l'interno. La rete è stata incentivata anche tramite campagne di formazione specifica del personale ed è promossa in tutti gli ambiti, come ad esempio il settore del volontariato, dove il servizio di volontariato interno viene incoraggiato ad interagire con tutti i dipartimenti dell'ospedale, ma anche con le associazioni di volontariato esterne, che operano all'interno del Chelsea&Westminster e vengono integrate sia a livello di processi amministrativi, sia di "benefits" garantiti al personale volontario dell'ospedale, come pure con le altre componenti del terzo settore che operano nella comunità (ad esempio altre associazioni di volontariato che non operano direttamente all'interno dell'ospedale o i "volunteer centres", i centri per il volontariato). La rete promossa può essere di tipo formale o informale. Per questo scritto si sono scelti tre esempi di lavoro in rete del Chelsea&Westminster.

LA RETE OSPEDALE TERRITORIO CON I GENERAL PRACTITIONER (GP)

Elementi fondamentali della rete ospedale-territorio sono i General Practitioner (GP), in quanto la scelta dei pazienti su quale ospedale prediligere viene sicuramente guidata, se non influenzata dal GP. I GP infatti, esercitano una funzione di "gatekeeper" (*Di Maio A., Lucioni C. - L'evoluzione recente di alcuni sistemi sanitari, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n.6, 4 2001, pag.9*), in quanto "l'accesso all'assistenza ospedaliera, specialistica e farmaceutica è vincolato dalla prescrizione medica" (*idem*).
Alcuni GP fanno parte del personale salariato dei Primary Care Trust (PCT – la parte che si occupa di medicina del distretto). Altri sono dei liberi professionisti e spesso creano degli studi (GP practices) che possono formare delle Associazioni non profit indipendenti, in parte finanziate dai PCT, aventi facoltà di reinvestire l'esubero di finanziamenti in nuovi servizi o macchinari. Queste associazioni possono anche costituire dei gruppi che commissionano servizi a terzi (practice based commissioning group). Ad esempio: nel distretto di Westminster nel 2006 è nata una associazione chiamata Central London Healthcare (CLH) in cui 23 GP practice si sono riuniti per lavorare in rete e favorire l'eccellenza e l'innovazione nei servizi di cura sul territorio. Le priorità di CLH per il 2010-2012 sono:
lo sviluppo di una rete locale estesa per la cura del paziente che includa un miglioramento della qualità e degli approfondimenti nell'ambito della medicina generale;
lo spostamento di servizi di routine, che al momento si effettuano in ospedale, verso centri territoriali e comunitari; un percorso di cura integrato fra servizi diversi per agevolare il percorso del paziente CLH si impegna anche a lavorare a stretto contatto con la comunità per fornire le cure di cui necessita il paziente a casa. L'obiettivo ultimo è quello di creare una rete che garantisca alta qualità di cura, velocità, efficacia ed efficienza, e servizi personalizzati in luoghi accessibili per il paziente. Per raggiungere questo obiettivo fanno parte del Consiglio di amministrazione non solo rappresentanti dei GP, degli amministratori e del personale infermieristico dei GP practice, ma anche rappresentanti dei servizi sociali e dei pazienti. I pazienti hanno anche la possibilità di contattare CLH direttamente per telefono, lettera od e-mail per esprimere la loro opinione riguardo la qualità dei servizi esistenti o la necessità di nuovi.
I GP che fanno parte di questa associazione invece di inviare direttamente un paziente in ospedale inviano la cartella clinica del paziente ad un servizio di triage (Patient Referral Service - PRS) che analizzando i documenti valuta se il problema sia di tipo prevalentemente sociale o medico, se sia necessario inviare il paziente in ospedale o se sia preferibile risolvere il problema tramite i servizi offerti dal territorio. Il paziente viene contattato da un membro del PRS entro quattro giorni dalla visita effettuata dal GP e viene informato di tutte le possibili alternative di percorsi e di luoghi di cura. In questa sede vengono anche fornite informazioni pratiche sulle liste di attesa e sui mezzi di trasporto per raggiungere un certo servizio. Una volta che il paziente ha effettuato una scelta il PRS si incarica di prenotare l'appuntamento richiesto nel servizio scelto.
Il ruolo di "GP Relationship Manager" al Chelsea & Westminster, è stato creato circa 2 anni fa come conseguenza delle politiche di "payment by result" secondo le quali l'ospedale viene pagato in base al rendimento quindi ha necessità di attrarre i pazienti.; infatti in Inghilterra i pazienti possono liberamente decidere a quale ospedale rivolgersi ed i finanziamenti seguono il paziente; pertanto più un ospedale è considerato "buono", più attrae pazienti e di conseguenza riceve fondi.

Il GP Relationship Manager deve promuovere l'ospedale Chelsea&Westminster e in modo particolare i servizi offerti ai General Practitioner (GP) del territotio servito dall'ospedale. Inoltre, proprio per mantenere dei buoni rapporti e quindi favorire il lavoro in rete, ha il compito di raccogliere i commenti dei GP sia per quanto riguarda eventuali problematiche da risolvere, sia per quanto riguarda le esigenze espresse dal GP o dai pazienti al GP su nuovi servizi o miglioramenti da effettuare. Questi commenti vengono raccolti e presentati mensilmente al consiglio di amministrazione (Board of Directors).
Il GP Relationship Manager rappresenta quindi un punto di riferimento e contemporaneamente un tramite tra i pazienti, i GP e l'ospedale, sia per gli aspetti organizzativi che di qualità e appropriatezza delle prestazioni. Per questo deve favorire la costruzione di ottime relazioni e favorire la circolazione di informazioni, anche tramite una newsletter inviata mensilmente a tutti i GP con cui collabora. La costruzione di relazioni viene inoltre favorita tramite l'organizzazione di corsi di formazione per GP tenuti da medici specialistici ed invitando in anteprima i GP ad eventi speciali, quali ad esempio l'apertura di un nuovo reparto.
Questo tipo di rete tra ospedale e territorio è informale, per cui si basa prevalentemente sulle scelte direzionali di creazione del ruolo di "GP Relationship Manager", nonché sulla competenza, dedizione e sulle ottime capacità relazionali del Manager individuato.

LA RETE OSPEDALE TERRITORIO PER LA DIMISSIONE OD IL TRASFERIMENTO OSPEDALIERO

La dimissione ospedaliera od il trasferimento di un paziente in un altro servizio di cura è un altro esempio di rete all'interno del sistema sanitario inglese, in quanto costituisce una parte essenziale del percorso di cura del paziente, costringendo il sistema sanitario e sociale ad essere proattivi nel supportare sia i pazienti, sia le persone (familiari o professionisti) che si prendono cura di loro (carer) e sia le loro famiglie nel farli tornare a casa o nel trasferirli in un altro luogo di cura.
Questa fase, inoltre, focalizza l'attenzione su un utilizzo efficace ed efficiente delle risorse, in quanto la dimissione o il trasferimento devono avvenire al momento giusto, dato che una dimissione precoce potrebbe portare ad un ulteriore ricovero, ad un uso inappropriato o più costoso di servizi offerti dai servizi sociali (ad esempio delle case di cura o degli ospizi), o a dimettere pazienti che non sono ancora pronti per tornare a casa. Al contrario, una degenza protratta troppo a lungo potrebbe aumentare il rischio di infezioni nosocomiali, di depressione, noia e frustrazione, perdita di autonomia, stima di sé ed uso inappropriato delle risorse del sistema sanitario nazionale.
Ogni ospedale collabora con PCT e Borough (l'equivalente della Circoscrizione in Italia) differenti che operano in modi differenti, quindi si creano una molteplicità di reti che rendono il lavoro più complicato.
Come dichiarato dal Department of Health (DH), nella pubblicazione *DH (2003) Discharge from hospital: Pathway, process and practice:* "Discharge is a process and not an isolated event at the end of the patient's stay", cioè: "la dimissione è un processo e non un evento isolato alla fine della degenza ospedaliera".
Questo per sottolineare come la dimissione od il trasferimento al momento giusto e nei tempi (clinici) più appropriati siano questioni complesse, soprattutto tenendo conto della spinta politica a ridurre il numero di letti in ospedale e quindi ad accorciare la degenza. Per far fronte a questa complessità l'ospedale Chelsea & Westminster ha istituito un team apposito (discharge team) che si occupa della dimissione ospedaliera e dei trasferimenti dei soggetti più fragili.
La necessità di dimettere o trasferire i pazienti, in tempi brevi ma al momento giusto, e la necessità di adempiere ai contratti commissionati all'ospedale ed al territorio costringe i medici specialisti e gli altri professionisti dell'ospedale e del territorio a pianificare, comunicare, negoziare, ed assicurare un percorso agevole per il paziente e la sua famiglia. Questo implica che pur non essendoci una rete formalizzata, i vari attori sono costretti a lavorare in maniera integrata per ottenere il risultato previsto dai contratti.
Si creano quindi diverse reti informali, sia all'interno dell'ospedale per l'organizzazione della cura quotidiana del paziente, sia con il territorio.
Il team leader per la dimissione od il trasferimento ha quindi anche il compito di favorire relazioni

eccellenti sia all'interno della struttura in cui lavora, che verso l'esterno. Questo rende la rete più fragile, in quanto basata principalmente sulle capacità interpersonali del singolo.
Un' ulteriore complicazione è costituita dal fatto che i finanziamenti e le direttive per i servizi sociali sono legate molto più strettamente al pensiero politico rispetto ai finanziamenti ed alle direttive in ambito sanitario e questo comporta maggiori difficoltà di integrazione dei servizi sociali nella rete di assistenza.
Secondo le linee guida del DH *"Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care"* pubblicate a Marzo 2010, si deve tener conto di dieci regole fondamentali che chiariscono azioni, ruoli e responsabilità degli attori della rete: in sintesi, queste linee guida stabiliscono che ogni ospedale ha il dovere di dimettere o trasferire un paziente in maniera appropriata e sicura. L'ospedale Chelsea&Westminster applica già da tempo queste linee guida.
Nell'ospedale Chelsea&Westminster il punto di contatto per la dimissione o il trasferimento è il "discharge team leader". La rete si attiva nel momento in cui un individuo fragile, ad esempio una persona anziana, arriva in ospedale inviato dal GP, oppure si presenta al pronto soccorso.
Nel primo caso la persona sarà stata "prenotata" per un approfondimento specialistico richiesto dal GP ed in quella sede verrà valutata la necessità di ulteriori accertamenti, interventi ambulatoriali, cure domiciliari o ricovero.
Nel secondo caso la prima rete che si attiva è quella di un team per determinare l'effettiva necessità di ricovero ospedaliero. Fanno parte di questa rete un medico del pronto soccorso, un fisioterapista ed un membro del terzo settore, in questo caso la Croce Rossa, in quanto uno dei progetti più recenti della Crose Rossa a Londra è quello di aumentare l'aiuto offerto a casa del paziente per disincentivare ricoveri inappropriati. Questo team ha il compito di valutare se sia effettivamente necessario il ricovero o se ci sia piuttosto bisogno di fornire un aiuto al paziente per permettergli di tornare a casa con cure domiciliari.
Quando il paziente necessita di ricovero viene trasferito al reparto che si occupa dei ricoveri (medical admission). Se il paziente è già aiutato da un carer (una badante, o un familiare) e non necessita di ulteriori valutazioni di tipo sociale inizia la procedura per cercare di dimettere il paziente entro 24 ore, come previsto dalle linee guida del DH.
Se il paziente necessita di sostegno sociale, o se un paziente lo richiede, vengono contattati i servizi sociali perché venga effettuata una valutazione delle necessità del paziente e nel caso per attivare i finanziamenti che gli spettano. Secondo una "raccomandazione" del DH del 2007, infatti, ogni paziente che richieda una valutazione per determinare se ha diritto ad avere dei finanziamenti statali perché necessita di cure continuative, mediche e/o sociali, ha diritto a riceverne una.
In Inghilterra, dove la diversa cultura porta ad un maggiore isolamento delle persone, specialmente in una città come Londra, si tende a dare per scontato che la famiglia non si prenderà cura del paziente non autonomo e che quindi il paziente non possa tornare a casa, a meno che non si possa permettere un carer a pagamento, ma debba andare in una struttura di cura fornita dai servizi socio-sanitari. Questa supposizione non è sempre necessariamente realistica, in quanto in conseguenza alla grande immigrazione, nel paese ci sono grandi comunità di seconde e terze generazioni di immigrati provenienti da culture dove la famiglia gioca un ruolo fondamentale e rappresenta quindi una grande risorsa. Questo è vero soprattutto a Londra dove oggi si cominciano a sviluppare percorsi di cura che coinvolgano maggiormente le famiglie, quando disponibili. Per quelle persone che sono effettivamente isolate e che sono parzialmente autonome, invece, il terzo settore, ed in particolare la Croce Rossa, lavorano allo sviluppo di progetti che permettano di soddisfare i bisogni primari di pazienti isolati, anche se purtroppo disponendo di risorse molto limitate, sono poche le necessità che si riescono a soddisfare.
Per organizzare la dimissione, i pazienti vengono categorizzati in quattro tipologie, che prevedono diversi interventi da parte di diversi attori. Come raccomandato dalle linee guida del DH il paziente, insieme a chi si prende cura di lui, viene coinvolto nella rete di cura fin dall'inizio.
Secondo le direttive del DH il 97% dei pazienti deve essere dimesso o trasferito ad altro servizio entro tempi prestabiliti. Questo pone dei problemi molto seri quando un nodo della rete, per adempiere al suo compito specifico, non rispetta i tempi necessari al buon funzionamento del processo, in quanto spesso il Chelsea&Westminster non ha strumenti legali per costringere l'altro ad accelerare i tempi,

eppure viene penalizzato se non rispetta il target del 3% massimo di ritardi nella dimissione o nel trasferimento.
Questa problematica viene però attenuata proprio tramite lo stabilirsi di buone relazioni, che in casi estremi permettono di fare pressione tramite il ricorso ad un terzo nodo della rete, anche se non direttamente coinvolto, che può fungere da mediatore.
Il Chelsea&Westminster ha ottenuto nel 2008 una percentuale di ritardi nella dimissione o nel trasferimento pari al 2.4% , e nel 2009 tra lo 1.3% ed il 2%. Questo risultato è stato raggiunto anche tramite un grosso lavoro fatto all'interno dell'ospedale per accrescere il lavoro a rete e quindi tagliare in misura rilevante il tempo impiegato per il percorso di diagnosi, cura e individuazione delle necessità di salute e sociali, facendo proprio il principio che la dimissione inizia al momento del ricovero.

LA RETE ONCOLOGICA - UN ESEMPIO DI RETE FORMALE

Un esempio di rete formale, di cui il Chelsea&Westminster fa parte, è quella oncologica. Il lavoro a rete in ambito oncologico è iniziato anni fa ed in particolare è stato promosso dalla relazione fatta dai Dott.ri Calman (Chief Medical Officer-Inghilterra) e Hine (Chief Medical Officer-Galles) nel 1995 per conto del DH e del Welsh Office.
La relazione era stata commissionata per formulare un piano di azione che risolvesse le problematiche legate alle iniquità (sia di accesso, che di trattamento), ai costi crescenti, (sia per il sistema sanitario che per le famiglie e per la società), alle diverse metodologie di registrazione dei dati, dei trattamenti e dei risultati ottenuti.
Studi clinici, inoltre, avevano evidenziato un aumento di casi di cancro nella popolazione, ma anche la possibilità di ridurre i decessi grazie al potenziamento dei sistemi di prevenzione e test diagnostici, e quindi si intendeva sviluppare questa potenzialità.
Infine, si era resa evidente la necessità di investire maggiormente nella ricerca, di sostenere gli enormi passi avanti fatti nell'ambito delle cure palliative e di controllo del dolore in alcuni ambiti oncologici, di applicarli anche ad altri ambiti oncologici e di incrementare la qualità della vita dei pazienti oncologici.
Secondo Calman e Hine i servizi oncologici dovevano essere ristrutturati sulla base di una rete di specialisti in ambito oncologico che includesse il territorio, le "Cancer Unit" negli ospedali territoriali e i centri oncologici specialistici (Cancer Centres) in modo da assicurare a tutti i pazienti cure specialistiche vicino casa, o, quando necessario un trasferimento in centri specializzati. Questa rete di cure deve garantire uno standard qualitativo alto uniforme per tutti i pazienti e per questo è necessario integrare i servizi oncologici con altri servizi specialistici in altri settori (es. chirurgia). Il punto di riferimento della rete è il territorio, ma si devono creare delle Cancer Units dedicate in grado di occuparsi dei tumori più comuni negli ospedali territoriali. I Cancer Centres devono invece fornire cure specializzate sia sulle patologie oncologiche più comuni sia su quelli più rari provenienti dalle Cancer Units. L'integrazione tra questi tre livelli di cura oncologica ed i servizi specialistici non oncologici dovrebbe fornire un servizio di cura oncologica più completo.
Questi servizi dovrebbero essere costituiti tenendo presenti le esigenze dei pazienti, minimizzando i tempi di trasporto, ma mantenendo il più alto standard possibile di qualità delle cure. Questa rete deve rispecchiare l'efficienza, quindi potrebbe essere necessario riallocare delle strutture, ma non deve necessariamente implicare la costruzione di nuovi centri. Calman e Hine prevedono possibili minime discrepanze di trattamenti e percorsi di cura, ma chiedono che vengano giustificati su base scientifica o logistica. I cambiamenti proposti necessitano di un attento controllo, per questo si incentiva l'uso di registri informatizzati o cartacei che documentino i trend epidemiologici, di cura, e di sopravvivenza, anche per consentire alle autorità preposte, agli ospedali ed ai medici specialisti di monitorare e valutare il loro operato.
Per quanto riguarda la Cancer Unit, idealmente dovrebbe essere parte integrante di un ospedale distrettuale e dovrebbe assicurare la stretta collaborazione fra servizi territoriali ed ospedalieri, oltre che identificare i percorsi di cura più appropriati, anche al di fuori dell'ospedale, se necessario. A capo dellla Unit dovrebbe esserci un medico specialista che assicuri il necessario coordinamento fra le parti, inclusi i servizi non oncologici, che sia responsabile della qualità del servizio e che si assicuri che i trattamenti

siano conformi agli standard del paese e che ci sia un effettivo lavoro a rete, anche in termini di gruppi di lavoro multidisciplinari.
Un punto fondamentale è stato quello della creazione di nuovi contratti tra commissioners e providers che definiscano chiaramente le Cancer Units, in quanto fino a quel momento i servizi oncologici venivano spesso inclusi nei contratti di finanziamento, ad esempio, dei reparti chirurgici.
La rete ipotizzata da Caiman e Hine è quindi di tipo Hub&Spoke, dove il territorio funge da nodo centrale della rete. Questo tipo di approccio è rimasto nell'attuale organizzazione della rete oncologica.
La relazione di Calman e Hine "*A Policy Framework for Commissioning Cancer Services" (1995)* e le successive linee guida, specifiche per ogni ambito oncologico, per ottenere i migliori risultati, hanno costituito la base per stabilire a livello nazionale gli standard minimi per le cure oncologiche. Dopo la relazione di Calman e Hine si sono susseguiti una serie di documenti, relazioni e protocolli, che hanno avuto un impatto diretto nella pianificazione e nell'attuazione dei servizi oncologici. Una delle pubblicazioni principali è *"The NHS Cancer Plan: A plan for investment- A plan for reform"*, pubblicato nel 2000 dal DH.
Il Cancer Plan per la prima volta stabilisce una strategia che integri prevenzione, diagnosi, terapia, cura e ricerca. E si delinea un massiccio programma di investimenti e riforme, tramite un consistente aumento di personale qualificato e attrezzatura specialistica, ma anche un processo di modernizzazione tramite l'introduzione di standard nazionali e nuovi modi di lavorare, nell'ambito della prevenzione e della cura oncologica. Questi nuovi modi di lavorare devono porre realmente le necessità del paziente al centro dell'organizzazione a rete, devono ampliare i ruoli di alcuni professionisti, come i radiografi, il personale infermieristico e di supporto, e devono fornire delle linee guida che assicurino dei livelli di cura elevati ed omogenei in tutto il paese.
L'implementazione del Cancer Plan viene pensata tramite un sistema di reti oncologiche che colleghino chi commissiona i servizi (le autorità competenti, e i PCT) con chi li fornisce (centri ambulatoriali territoriali ed ospedali), con il terzo settore, e con le autorità locali. Grazie alle reti oncologiche si possono "tracciare percorsi di cura" e dirigere i finanziamenti verso quei servizi, non necessariamente ospedalieri, che ne hanno maggiore bisogno per sopperire alle necessità della popolazione locale.
La rete promuove percorsi di cura più fluidi per il paziente e alimenta la creazione di "alleanze" tra diversi settori per prevenire l'insorgenza del cancro, ad esempio intervenendo sulla riduzione del fumo e sull'incentivazione ad una dieta più sana. Le reti oncologiche lavorano in rete per lo sviluppo di piani strategici di prevenzione, screening, diagnosi, trattamento, supporto psicologico e cure palliative specialistiche, di ogni servizio oncologico. Le reti devono istituire dei protocolli e dei percorsi di cura comuni, che riducano le differenze e facciano uso appropriato ed efficiente delle risorse.
Nel 2007 è stata pubblicata la "Cancer Reform Strategy" (DH) con l'obiettivo di salvare un numero maggiore di vite, migliorare la qualità di vita dei pazienti, ridurre le disuguaglianze ancora esistenti, costruire un futuro migliore, permettere la somministrazione delle cure nel posto più adeguato al momento più opportuno ed avere la massima efficienza. Inoltre, si concentra l'attenzione sul diritto di scelta del luogo di cura da parte del paziente e sulla necessità di raccogliere e far circolare la migliore informazione possibile.
Oggi, esistono circa 34 reti oncologiche nel Regno Unito, ognuna delle quali serve una popolazione di circa 2 milioni di persone. Sono estremamente formalizzate, tanto da esistere delle linee guida che definiscono ruoli e responsabilità (ad esempio il DH - "Manual for Cancer services 2009"), su come formare gli accordi, istituire le relazioni fra i nodi della rete o chi debba far parte di vari gruppi di lavoro. Ogni rete oncologica decide quali servizi offre e di quali tipi di cancro si occupi ogni ospedale, tramite una peer review che evidenzia quali siano i servizi migliori e quelli che più rispettano gli standard di qualità a livello nazionale.
Oltre alla rete oncologica di cui fa parte il Chelsea&Westminster, esiste anche una "rete all'interno della rete" che fa a capo ad un o una "clinical nurse specialist" (personale infermieristico specializzato) che prende in carico il paziente e coordina le relazioni durante il percorso di cura. In particolare, il/la clinical nurse specialist facilita l'accesso ai gruppi di supporto, mantiene i collegamenti con le altre strutture del percorso di cura, offre informazioni sulle opportunità di ricevere contributi economici, ed informazioni di ambito più generale riguardanti il tipo di cancro da cui è affetto il paziente, tiene i contatti con l'esterno, ad esempio la comunità (anche relativamente ai servizi sociali) nonché all'interno con il "key worker" ed il gruppo multidisciplinare che effettua la diagnosi e decide la terapia, ed inoltre

offre sostegno emotivo. Il/La clinical nurse specialist è la persona di riferimento più importante per il paziente, la sua famiglia ed il carer e per questo parte della sua formazione riguarda il fornire sostegno emotivo. Parte del suo ruolo è anche quello di effettuare una valutazione olistica del paziente nelle fasi cruciali del percorso di cura e di incoraggiare il paziente ad effettuare un'auto valutazione di cui discutere con lei/lui. Ad anni alterni il/la clinical nurse specialist si occupa anche di raccogliere il feedback dei pazienti e di produrre una relazione che consenta sia di valutare il servizio offerto ai pazienti, individuando cosa funziona per poterlo valorizzare e riprodurre in altri ambiti e ciò che va migliorato per poter agire tempestivamente, sia di raccogliere informazioni per il processo di peer review. Il feedback viene richiesto su diversi aspetti del percorso di cura, incluso il modo in cui si è sentito trattato il paziente, anche dal medico, come gli sono state fornite le informazioni, la percezione dei tempi di attesa, se gli sono state date informazioni, se la quantità di informazioni era troppa o poca e se gli era stato detto dove trovare maggiori informazioni, se si è sentito libero di fare domande, anche al medico specialista, se si è sentito coinvolto nelle decisioni da prendere, chi era presente quando gli venivano date cattive notizie e se il suo credo religioso era stato tenuto in considerazione.
In ogni fase del percorso di cura al paziente viene assegnato un "key worker" (che a volte coincide con il/la clinical nurse specialist) che il paziente, i familiari ed il carer possono contattare quando necessario. L'ospedale mantiene una relazione molto stretta con il paziente, sia telefonica che per lettera, anche dopo la fine del trattamento per le indagini di follow up (anche quando la terapia ha avuto successo). Le date dei controlli e delle terapie vengono decise insieme al paziente, come anche il livello di coinvolgimento della famiglia e del carer, quando presente. Nel passare da una fase ad una successiva è il key worker che si occupa di aggiornare il suo "successore" degli sviluppi, anche emotivi della situazione del paziente. Non tutti i pazienti però hanno piacere di essere seguiti da un key worker, che può quindi non intervenire nel percorso di cura.
Un altro nodo fondamentale della rete interna è il gruppo multidisciplinare, formato da personale specializzato, medico e non, di cui fa parte anche il/la clinical nurse specialist, che ha il ruolo di arrivare ad una diagnosi e decidere il percorso di cura più appropriato. Possono far parte del gruppo multidisciplinare anche alcuni GP con particolare interesse per un tipo di cancro e studenti di medicina.

LA SPERIMENTAZIONE DI UN NUOVO MODELLO DI OSPEDALE E DI SANITÀ A JESI

IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO

Il progetto sperimentale di un nuovo modello di ospedale e di sanità nell'ASUR Zona Territoriale 5 nasce in uno specifico contesto socio-demografico, ampiamente illustrato dal Profilo di salute della Vallesina elaborato dalla Zona Territoriale 5 di Jesi in stretta collaborazione con la Facoltà di Sociologia dell'Università di Trento.
I cambiamenti dello scenario socio-demografico del territorio della Vallesina, così come emergono dal succitato studio, portano con sé una profonda trasformazione dei bisogni socio-sanitari, che ha implicazioni cogenti sugli assetti delle politiche e dei servizi.
In primo luogo un impatto molto forte sul sistema dei servizi tradizionali è causato dall'invecchiamento della popolazione. Questo fenomeno sta scaricando sul sistema dei servizi professionalizzati un numero di richieste, aspettative e problemi, sempre più elevato e a cui diventa molto difficile rispondere nei tempi e nei modi sperimentati in passato. Il fatto che quasi la metà degli ospedalizzati sia di età superiore ai 65 anni, a fronte di una quota del 22% di anziani residenti, illumina in modo univoco sia le condizioni in cui attualmente operano i servizi sia gli scenari futuri. Il fenomeno dell'invecchiamento porta con sé, oltre che problemi sanitari, anche esigenze di assistenza molto diffuse che fanno aumentare la domanda di servizi residenziali e di residenze sanitarie assistenziali in misura nettamente superiore rispetto alla capacità di offerta esistente. Nei prossimi anni, le proiezioni indicano una tendenza all'aggravamento di tale fenomeno e dimostrano come il carico della terza e quarta età sui

servizi sia destinato a aumentare in modo deciso. In parallelo a ciò le trasformazioni della famiglia tradizionale indicano un rapido venir meno delle forme tradizionali di cura e assistenza informali, con un tendenziale ridimensionamento del sostegno offerto dalle reti familiari e informali ed un aumento della richiesta di prestazioni socio-sanitarie.
Nell'ambito delle considerazioni di contesto una ulteriore breve riflessione merita la trasformazione in atto nella sanità, che consegue a una straordinaria evoluzione delle tecnologie: dalla diagnostica per immagini, alle tecniche chirurgiche, anestesiologiche e rianimatorie, dalla medicina molecolare predittiva ai trapianti,ecc.
La medicina, inoltre, è oggi in grado di curare sempre di più, ma non sempre è in grado di guarire; si può addirittura sostenere che guarisce, percentualmente, meno: pensiamo ai dializzati, ai trapiantati, ai cardiopatici, ai diabetici, agli oncologici, ai dementi, ai malati mentali, a tutta quella moltitudine di persone, cioè, che convivono, spesso a lungo e con buona qualità di vita, con la malattia e che hanno bisogno di approcci assistenziali di nuova tipologia. I progressi ampiamente positivi, socio-economici e culturali, intervenuti nei paesi occidentali e in Italia, hanno reso la popolazione sempre più consapevole dei suoi diritti: la salute è riconosciuta come diritto primario e si pretendono giustamente prestazioni sanitarie di alto livello, sia tecnico sia di qualità globale, per mantenere o recuperare la salute.
E' necessario, quindi, un rinnovato sistema integrato per fornire risposte adeguate anche alle aspettative attuali in termini di diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza, anche ai "sopravvissuti" non guariti dalla malattia.
Occorre, in sostanza, da un lato concentrare nell'Ospedale le terapie complesse e le altre tecnologie, e dall'altro potenziare le altre strutture per la diagnosi, la prevenzione, l'assistenza alla cronicità.
Il modello di ospedale ipotizzato a Jesi è, quindi, componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che dovrebbe funzionare sempre più in modo armonizzato e sinergico, per configurare un'organizzazione a rete dei servizi. L'Ospedale è uno dei nodi fondamentali di questa rete sanitaria, senza la quale esso non è in grado di funzionare correttamente, poiché sarebbe subissato di richieste improprie e soffocato dall'erogazione di prestazioni a bassa complessità erogabili meglio, con minor disagio dei cittadini e a minor costo, in altre strutture del sistema, in stretto collegamento sinergico.
Ospedale, quindi, come nodo di una rete (network), in un sistema non "ospedalocentrico", ma "cittadino centrico": è necessario, pertanto, agire su ogni costituente del sistema, nella sua globalità.
Il proseguimento del presente lavoro evidenzierà prima il percorso metodologico seguito per sviluppare la "progettazione" dell'ospedale modello a Jesi; nella seconda parte si entrerà nel merito delle trasformazioni organizzative che saranno implementate, in via sperimentale, nell'attuale ospedale, per poi essere messe a regime nel nuovo ospedale Carlo Urbani attualmente in fase di completamento strutturale; nella terza parte si affronteranno i punti fondamentali del lavoro parallelo svolto per il potenziamento e la reingegnerizzazione dell'assistenza territoriale mettendo in evidenza anche i percorsi di integrazione già implementati; infine si trarranno alcune conclusioni, rimarcando i punti di forza e le criticità del progetto effettuato.

IL PERCORSO OPERATIVO E METODOLOGICO

L'idea progettuale nasce nel 2006, quando ci si è trovati nella condizione di tentare qualcosa di nuovo per poter sbloccare una situazione particolarmente complessa: il cantiere dell'ospedale fermo, anche per contenziosi in atto con la ditta appaltatrice, e la necessità di ulteriori finanziamenti per il suo completamento; un ospedale nuovo senza un'identità e un possibile ruolo nella rete ospedaliera marchigiana in generale e in quella della provincia di Ancona in particolare, considerando soprattutto il fatto che l'Ospedale di Jesi si trova a circa 25 km di distanza da quello Regionale di Ancona e a distanze contenute dagli Ospedali di rete di Fabriano, Senigallia e Osimo.
L'idea maturata nella Direzione di Zona era quella di ripensare il nuovo ospedale ispirandone il completamento strutturale e la riorganizzazione ai principi dell'ospedale modello, concepiti durante il Ministero Veronesi.
Tale idea venne recepita dalla Regione Marche che, nel Piano Sanitario Regionale 2007 – 2009 e in una successiva Delibera di Giunta (la 176 del febbraio 2008), identificò nell'ospedale di Jesi la struttura in

cui sperimentare un nuovo modello organizzativo. Nuovo modello organizzativo che, come recitava il PSR, deve realizzare il "…passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni, che si devono svolgere dentro e fuori le strutture…". Il percorso è stato quindi avviato nel 2008 ed è stato improntato ad una forte condivisione, secondo una logica "bottom up" che ha coinvolto in larga misura i professionisti, chiamati essi stessi a progettare il "loro ospedale".
Sono stati istituiti, su base volontaria dopo la pubblicazione di un "bando per manifestazione di interesse", 23 gruppi di lavoro (vedi tabella sottostante) riferiti ai 10 principi guida dell'ospedale modello, coordinati da un gruppo di progetto composto da figure chiave dell'organizzazione della Zona Territoriale: il direttore della Unità Operativa "Sistema Governo Clinico", il responsabile della comunicazione, il direttore medico del presidio ospedaliero, il responsabile del servizio infermieristico, un rappresentante dei direttori di dipartimento, un rappresentante della dirigenza medica, tutte figure individuate dal Direttore e dal Collegio di Direzione della Zona.
Ai gruppi hanno partecipato professionisti di diversi ruoli e qualifiche, con il coinvolgimento di circa 250 dipendenti, pari al 20% dell'intera Zona Territoriale. Ogni gruppo ha avuto il mandato di studiare le modalità di applicazione dei principi guida nel nuovo ospedale di Jesi.
Il percorso effettuato dai gruppi di lavoro ha condotto ad un ripensamento significativo sia rispetto al layout della struttura ospedaliera, sia riguardo ad aspetti fondamentali del suo funzionamento e della sua organizzazione.

LA CONFIGURAZIONE STRUTTURALE-FUNZIONALE

La missione rinnovata del nuovo modello di ospedale ha implicato una verifica approfondita dell'organizzazione interna dal punto di vista dell'allocazione degli spazi e delle funzioni. Il principale parametro di riferimento è stato quello di ottimizzare la dimensione complessiva dell'ospedale in ragione del suo funzionamento. Sul piano strutturale si è imposta la trasformazione dell'idea progettuale (pensata all'inizio degli anni'80 con riferimento ai canoni tradizionali) in coerenza con i criteri moderni, che prevedono la riduzione degli spazi destinati alle degenze e un aumento di quelli dedicati all'accoglienza e alla piastra tecnologica e dei servizi, identificando inoltre un'intera area per lo svolgimento delle attività riconducibili al cosiddetto "ospedale di giorno", comprendente la degenza di day hospital e day surgery, il poliambulatorio specialistico, il polo endoscopico e gli spazi per i MMG e per le funzioni di gestione della continuità assistenziale.
Si è trattato di stabilire per ogni area il funzionamento interno, nonché evidenziare il sistema ed il grado di relazione con le altre aree funzionali, il tutto nella duplice ottica del paziente e del personale sanitario.
I fattori preminenti che ci hanno orientato nella configurazione del nuovo impianto tipologico dell'ospedale sono:

lo sviluppo prevalentemente orizzontale dell'intero complesso ed il layout costruttivo (*triplo corpo di fabbrica*);
i vincoli strutturali legati ai flussi ed ai percorsi interni ed esterni;
l'aumento sempre più massiccio e quotidiano, da parte della popolazione, dell'uso della diagnostica con conseguente necessità di ampliare l'area ambulatoriale, dei servizi e dei laboratori;
l'affermazione crescente del lavoro di equipe, con una logica sempre più interdisciplinare che comporta e favorisce una organizzazione dipartimentale e interdipartimentale;
il prevalere di tecniche operative sempre meno invasive, che necessitano di attrezzature, aree e connessioni fisiche adeguate e sempre più complesse;
le funzioni di ricerca e formazione che fanno dell'ospedale il centro di una serie di attività formative e sperimentali.
Alla luce di tutto ciò e della filosofia fondante "dell'Ospedale Modello", si è intervenuti, nei limiti del possibile, sul layout progettuale per definire la configurazione più idonea al perseguimento delle finalità del nuovo Ospedale Modello "Carlo Urbani" di Jesi.

LE CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE

Il nuovo ospedale, per soddisfare le esigenze dei cittadini che ad esso si rivolgono, ricerca un alto livello di qualità, attraverso processi di miglioramento continuo dei servizi erogati. A tal fine favorisce l'approccio interdisciplinare e interfunzionale, utilizzando una adeguata organizzazione che sia in grado di far convivere la maggiore specializzazione e frammentazione dei processi con una forte multidisciplinarietà e integrazione. Sono superate, a tale scopo, le suddivisioni per funzioni e competenze specialistiche, dando spazio ad una organizzazione per processi di cura (o percorsi di diagnosi e terapia). Il modello tradizionale per "*funzioni*", all'interno delle singole aree specialistiche, non è adatto a garantire l'interdisciplinarietà e l'integrazione indispensabili, per cui la struttura del nuovo ospedale supera il concetto di "*reparto tradizionale*".
Le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline specialistiche, bensì sono realizzabili in aree comuni. I processi di diagnosi e cura del singolo malato seguono, così, percorsi integrati, organizzati orizzontalmente e non gerarchicamente, che intersecano le diverse aree comuni.
Pertanto, degenze, sale operatorie, laboratori, ambulatori, servizi di diagnosi e cura, etc, sono il più possibile centralizzati e utilizzabili da molteplici professionisti.
Il posto letto non è più il principale parametro di riferimento per il dimensionamento delle varie discipline: il numero di prestazioni erogabili dal sistema ospedale nel suo complesso diventa la misura più significativa.
Il livello di assistenza e di prestazioni sarà differenziato in base alla complessità delle cure necessarie per i degenti e al loro grado di dipendenza.
Saranno utilizzate diverse tipologie di degenza in relazione all'intensità delle cure e alla tipologia di assistenza richiesta:

Terapie intensive
Area a diversa complessità assistenziale
Degenze diurne (day hospital - day surgery).

LA GESTIONE OPERATIVA

La traduzione in elementi organizzativi dei presupposti sopra esposti costituisce il substrato per la messa in funzione e per la gestione operativa del nuovo ospedale.
Per quanto riguarda le degenze "programmate", fatta salva la specificità del dipartimento materno-infantile e psichiatrico, per i quali vengono previste aree ben distinte, l'ospedale nuovo si svilupperà secondo due direttrici principali:

la prima riguarda l'apparato locomotore, i cui spazi clinici-dipartimentali-didattici troveranno collocazione in un'area dedicata secondo il progetto relativo al Dipartimento specifico;
la seconda riguarda la costituzione di un'unica grande area clinica, articolata in zone a diversa intensità assistenziale, nelle quali troveranno spazio le tipologie di pazienti che attualmente si ricoverano nei reparti medici e chirurgici.

Nei fatti viene superata l'attuale organizzazione in degenze specialistiche, nella convinzione che un modello per aree funzionali a diversa intensità assistenziale e per processi. garantisca meglio i requisiti di continuità della cura e risponda meglio al concetto di persona al centro del sistema ospedale. Grazie ad un approccio multidisciplinare alle varie patologie sono i vari specialisti e gli infermieri a spostarsi verso i pazienti che hanno bisogno di loro. La scelta di "trasformare" le degenze chirurgiche in processi chirurgici (*non più reparti specifici ma percorsi di cura all'interno di aree a diverso livello di intensità assistenziale*) muove dalla convinzione che il quadro clinico del paziente, nella fase post-chirurgica, è di prevalente carattere polipatologico ed internistico, se non necessita di un passaggio in terapia intensiva, e può essere trattato più appropriatamente da professionisti con competenze internistiche. Il chirurgo è, del resto, pienamente coinvolto in tutte le fasi della permanenza del paziente in ospedale per la valutazione

congiunta con l'internista dell'iter diagnostico-terapeutico e per il trattamento delle eventuali complicanze chirurgiche.
La riduzione delle procedure chirurgiche assistite da degenza ordinaria ed il trasferimento della casistica verso forme diurne o ambulatoriali richiedono una minore disponibilità di spazi, ma esigono anche una forte flessibilità per l'area di degenza ordinaria, che determina carichi variabili di ricoveri sopportabili solo in presenza di una organizzazione flessibile. In quest'ottica la *mission* principale delle specialità chirurgiche è quella di impiegare il massimo del tempo disponibile per gli interventi chirurgici necessari durante il percorso di cura del paziente. Pertanto garantiranno il massimo utilizzo possibile delle sale operatorie, la cui organizzazione e gestione dovrà essere funzionale a tale finalità.
L'area di ricovero a diversa complessità di cura ha una dotazione di letti che, seppur congrua, deve essere assolutamente utilizzata al meglio.
Per ottimizzarne l'utilizzo è stata pensata la creazione di una Unità di Gestione Operativa che, sotto la responsabilità della Direzione Medica di Presidio, agisce da "cabina di regia unica" e coordina il flusso dei ricoveri programmati ed urgenti in base alla disponibilità dei posti letto, con aggiornamento delle disponibilità in tempo reale, avvalendosi anche di un software specifico. Il management dei posti letto (bed management) è improntato ad una logica di spiccata flessibilità, che garantisce una maggiore facilità nella gestione della estrema variabilità degli episodi di ricovero.
Ampio spazio è riservato al cosiddetto "ospedale di giorno" nel quale vengono unificate le attività di day hospital e day surgery di tutte le specialità mediche e chirurgiche, con una programmazione degli accessi che consenta il massimo utilizzo delle strutture ed una distribuzione flessibile degli spazi operatori. Nelle aree destinate all'ospedale di giorno trovano collocazione, anche, le attività ambulatoriali, il day service, la pre-ospedalizzazione e il pre- ricovero, l'aftercare e la dimissione protetta (UVO-UVD) .
Gli ambulatori per esterni sono collocati in un'unica zona, facilmente raggiungibile dall'esterno, nell'ambito della quale trovano sede le attività del poliambulatorio multi specialistico, compresa l'intramoenia.
La gestione del malato all'interno dell'area a diversa complessità assistenziale, mette in gioco diversi operatori sanitari: l'Infermiere di Primary Nursing; l'Infermiere di supporto clinico; l'OSS; il Coordinatore infermieristico; l'internista di reparto (o medico tutor); i medici specialisti; i Direttori di Struttura Complessa.
Due sono sicuramente figure nuove: il primary nurse e l'internista di reparto. Chi sono e che ruolo hanno?
Il primary nurse è un infermiere responsabile della presa in carico del paziente all'interno del proprio modulo di posti letto. Concorre a definire ed effettua tutte le fasi del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.). E' responsabile dell'Educazione Terapeutica e assistenziale del paziente e dei suoi familiari, con i quali mantiene i rapporti di relazione e di comunicazione.
Valuta le condizioni cliniche del paziente e assegna i compiti giornalieri alle figure di supporto. Riferisce e si relaziona con i Medici (Tutor e Specialisti) per i pazienti afferenti al proprio modulo. E' in sostanza il care manager assistenziale del paziente.
L'internista di reparto è la figura clinica di riferimento costante per il paziente e ha la responsabilità, condivisa con gli specialisti della patologia prevalente, di un numero definito di pazienti/stanze. Assicura una presenza stabile, eccettuati i festivi e le notti, ed è garante in prima persona dell'iter diagnostico terapeutico. In sostanza il tutor è un medico internista che provvede essenzialmente ai seguenti compiti: prendere in carico il paziente dal suo arrivo nell'area di ricovero; compilare la parte medica di sua competenza della cartella clinica integrata; realizzare il piano di cura in collaborazione con lo/gli specialisti coinvolti in rapporto alla patologia predominante e con l'infermiere referente per quel posto letto; garantire la vigilanza sull'evoluzione dello stato clinico del paziente ("tenere le fila del ricovero"). E' fondamentalmente il care manager clinico del paziente.
Gli altri operatori sono gli stessi presenti anche negli ospedali tradizionali, ma tutti con ruoli e responsabilità da ridefinire alla luce della nuova organizzazione.
Dimissione protetta e continuità assistenziale: la dimissione protetta è uno dei principali processi di realizzazione della rete integrata ospedale-territorio presso la Zona 5 di Jesi. E' un meccanismo di tutela delle persone fragili, cioè di quelle persone "a rischio" di nuove ospedalizzazioni sia per le condizioni

cliniche precarie sia per la mancanza di un adeguato supporto di reti parentali, consistente in un processo di passaggio organizzato e guidato di un paziente da un set di cura a un altro, al fine di assicurare la continuità della cura e dell'assistenza. Viene attivata quando il paziente (prevalentemente anziano, affetto da patologie croniche, da limitazioni funzionali o disabilità) ha ulteriore necessità di sorveglianza medica, e/o assistenza infermieristica e riabilitativa. Al fine di predisporre un progetto di cura integrato fruibile presso il domicilio o presso una struttura residenziale, durante la degenza in ospedale vengono attivate tutte quelle procedure di Valutazione Multidimensionale, che consentono di dare il massimo della tutela al momento della dimissione; vengono coinvolti, di volta in volta e se necessario, tutti gli attori dell'assistenza territoriale: MMG, servizio infermieristico, servizio sociale ospedaliero, servizio sociale comunale, Unità di Valutazione Geriatrica. L'attivazione della procedura di dimissione protetta, oltre ad avere l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza, si propone di: ridurre i ricoveri inappropriati di quelle persone che potrebbero trovare a domicilio le stesse garanzie di cura che in ospedale; ridurre l'ingresso nelle strutture residenziali; migliorare la qualità della vita dei pazienti e di chi presta loro le cure (caregiver). Nel nuovo modello di ospedale il percorso delle dimissioni protette viene attivato dal reparto ospedaliero nel momento in cui i sanitari individuano condizioni di difficoltà per la futura dimissione. Il reparto, utilizzando una "scheda di dimissione", invia una richiesta alla segreteria congiunta dell'Unità Valutativa Ospedaliera (UVO) e Territoriale Integrata (UVI). La valutazione preliminare dei requisiti per la lungodegenza post-acuzie (DPA) viene effettuata dall'UVO , nella figura del medico fisiatra. Se i requisiti esistono il percorso segue un iter di pertinenza dell'UVO; in caso contrario viene coinvolta l'UVI. La dimissione protetta non ha carattere di urgenza ma deve essere frutto di un'accurata valutazione e programmazione da parte del reparto, sin dal momento del ricovero, e deve essere concordata con il paziente, i suoi familiari e il MMG.
Quest'ultimo è in costante contatto con il Tutor del paziente in ospedale, tramite il sistema informatico-informativo che ha già messo in rete i MMG con le degenze ospedaliere per la comunicazione di dati e informazioni sanitarie del paziente e tramite anche l'incontro diretto in appositi spazi all'uopo dedicati all'interno dell'ospedale.

UN TERRITORIO MODELLO PER UN OSPEDALE MODELLO

Il lavoro progettuale per la costruzione di un nuovo modello di sanità per la Vallesina ha riguardato, dunque, sia la ridefinizione del modello strutturale e organizzativo dell'ospedale Carlo Urbani, sia la reingegnerizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali, nella consapevolezza che solo se viene garantita una presa in carico differenziata e appropriata dei pazienti nella fase pre e post-ricovero ospedaliero, l'ospedale per acuti può rispondere adeguatamente e compiutamente alle sue finalità.
Dopo aver rafforzato e consolidato le strutture di lungodegenza dedicate ad accogliere i pazienti nell'immediata fase di post-acuzie, differenziando i 60 posti letto disponibili in degenza post-acuzie internistica (Villa Serena) e riabilitativa (Cingoli), l'azione è stata rivolta al potenziamento della rete dell'offerta territoriale di servizi sanitari, in piena sintonia e sicuro accordo con la Conferenza dei Sindaci della Vallesina.
Pertanto ci si è prioritariamente orientati al rafforzamento dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata). Le maggiori criticità attuali di questo servizio si possono identificare nella limitazione oraria, che impedisce la presa in carico di pazienti che richiedono un più alto carico assistenziale, e nel carattere meramente prestazionale delle cure.
Rispetto alla prima criticità è in fase attuativa il potenziamento dell'ADI, attraverso l'impiego di ulteriore personale, per garantire un servizio continuativo per 6 giorni a settimana nell'arco delle 12 ore, con una reperibilità notturna e festiva. Con tale iniziativa ci si propone di fornire una presenza durante tutto il giorno, sia per l'effettuazione di procedure infermieristiche, sia per un valido supporto alla famiglia. Solo garantendo questa assiduità sarà possibile ridurre il numero di pazienti che richiedono il ricovero e riuscire a dimetterli dall'ospedale appena superata la fase di acuzie, soprattutto alla luce delle innovazioni culturali apportate dall'Ospedale Modello, per evitare e/o ritardare l'ingresso in strutture residenziali.
Per la seconda criticità si ha in animo di riorganizzare l'offerta dell'ADI attraverso l'istituzione di un

Servizio per le Cure Domiciliari di Base e di Alta Intensità, all'interno di una nuova Area Funzionale della Continuità Assistenziale, che nascerà dalla ridefinizione dell'attuale offerta distrettuale, opportunamente integrata con gli altri servizi interessati.
Tale Servizio, attraverso l'integrazione socio-sanitaria, dovrà garantire programmi di cura e assistenza personalizzati rivolti a persone che necessitano di un'assistenza erogabile al domicilio e sostenibile dal nucleo familiare. Le cure prevederanno un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e sociali integrate fra loro. Per tali motivi dovrà essere prevista la collaborazione di medici specialisti, attraverso un adeguato impegno orario all'uopo dedicato. Attualmente sono assistiti a domicilio, da personale specializzato, ospedaliero e territoriale, infermieristico riabilitativo e medico, circa: 250 pazienti oncologici, 350 pazienti in nutrizione parenterale assistita, circa 25 pazienti in dialisi peritoneale, 300 pazienti con demenza, 170 pazienti con esiti di ictus, 230 con cardiopatia, 100 pazienti con patologie ortopediche. Una ADI così organizzata, che vuol "portare l'ospedale e il sociale a domicilio", per funzionare e supportare adeguatamente le famiglie richiederà anche un maggiore supporto di interventi sociali, in particolare attraverso il SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) comunale. A questo proposito si sta lavorando in collaborazione con i Servizi Sociali del Comune di Jesi (Comune Capo fila per la Conferenza dei Sindaci) per dare il via ad una sperimentazione ADI-SAD che veda l'intervento domiciliare congiunto di un infermiere e di un operatore sociale a cittadini selezionati e valutati, che rispondano a requisiti precedentemente individuati.
Si è poi presa in considerazione la situazione delle residenze protette. Per evidente insufficiente disponibilità economica lo standard assistenziale è inadeguato a coprire i bisogni di assistenza sociosanitaria degli anziani non autosufficienti, compresi i soggetti affetti da demenza, ricoverati nelle strutture presenti nella Zona Territoriale n° 5.
Nella costruzione del nostro percorso integrato per la completa presa in carico dei cittadini/utenti, i posti letto di residenza protetta rappresenteranno una risorsa utile ed efficace se saranno adeguati quantitativamente e qualitativamente. Per tali ragioni il Comitato dei Sindaci, in piena sintonia con la Zona Territoriale, ha ritenuto opportuno accogliere la proposta avanzata dalle Case di Riposo di richiedere alla Regione l'aumento dei posti letto di R.P. da 282 a 443, quanti sono i posti letto autorizzati, e di rendere disponibile risorse economiche aggiuntive per aumentare i minuti di assistenza.
La *Residenza Sanitaria Assistenziale* è considerata come una "residenza speciale" per soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, con elevati livelli di tutela sanitaria in rapporto alle condizioni cliniche degli ospiti, che dovrebbero essere comunque caratterizzate da una certa stabilità. Per rispondere al fabbisogno della popolazione della Vallesina, la Zona Territoriale programmerà, per i prossimi due anni, l'attivazione di 130 posti letto di R.S.A, a fronte degli attuali 40 disponibili. All'interno dei nuovi posti, poi, andrà prevista una ulteriore differenziazione, in funzione delle caratteristiche strutturali ed organizzative delle varie sedi, per rispondere ai bisogni di pazienti con minima responsività e a quelli, viceversa, con maggiore impegno assistenziale. Infatti le ultime linee guida nazionali (*Progetto Mattone 12 - Anziani*) non indicano più come sufficiente la singola "prestazione residenziale", ma prevedono come necessarie "classi di prestazioni residenziali" intese come complesso organico di prestazioni erogate a categorie omogenee di utenti all'interno di adeguati moduli organizzativo-professionali nella stessa struttura (ad esempio: stati vegetativi, nuclei demenze ecc). Si inserirà, quindi, un numero sufficiente di posti letto "R.O.S.A." (Residenza Oncologica Sanitaria Assistita), che andrebbero a sopperire alla mancanza, in Zona, di strutture preposte quali l'Hospice, e vi troverebbero posto quei malati oncologici che ora rappresentano il 10% dei ricoveri in RSA .
Nel recente PSR viene indicata, come modalità innovativa di presa in carico del cittadino sul territorio, la *Casa della Salute*, che si configura come nuovo modello di erogazione dei servizi socio-sanitari, ad elevata integrazione, in ambito territoriale. Il suo principale obiettivo è la corretta presa in carico del cittadino/paziente e l'attuazione di percorsi miranti a garantire una continuità assistenziale in un sistema a rete.
Nei prossimi anni la Zona Territoriale prevede di realizzare 3 Case della Salute, ciascuna nelle sedi dei tre ex Distretti (Cingoli, Jesi e Moie), partendo dalle realtà che presentano le condizioni iniziali di maggiore fattibilità e, quindi, diversificandone nel tempo la realizzazione.
Al loro interno vengono previsti gli ambulatori e le attività dei MMG e PLS in forma associata, la Guardia Medica, il punto unico di accesso (P.U.A., per il quale la Zona 5 e la Zona 6 sono protagoniste

della sperimentazione regionale), alcune funzioni poliambulatoriali specialistiche, con particolare riferimento alle branche che non richiedono l'utilizzo di sofisticate tecnologie e che si inquadrino nella definizione di percorsi di supporto alla prevenzione ed alla cura delle malattie croniche. Inoltre nelle case della Salute viene prevista la realizzazione di tutte le attività socio-sanitarie cogestite dal Distretto e dall'Ambito Territoriale IX (minori, coppia, adozione, etc.), l'allocazione di un punto prelievo ed un ambulatorio infermieristico, l'attività ambulatoriale di riabilitazione e recupero funzionale, l'attività della donazione del sangue, gli spazi per le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e per le associazioni di volontariato, anche per favorire la loro compartecipazione alla valutazione dei servizi.
Le Case della Salute dovranno ricomporre le fratture storiche esistenti tra i vari operatori del comparto sanitario e sociale e si caratterizzeranno come organi di governo clinico, così come previsto dalla progettazione regionale, nei confronti di tutte le strutture residenziali che ricadono nel territorio di loro competenza, e con queste dovranno realizzare percorsi comuni interfacciandosi anche con gli ospedali per le dimissioni protette.
Una menzione particolare merita la realizzazione della rete informatica tra MMG e medici ospedalieri.
Si tratta di una esperienza concreta di rete nella quale il ruolo delle ICT (information communication technology) è fondamentale: le tecnologie si trasformano da semplici commodity in leve strategiche, da usare per rendere l'organizzazione più efficiente e capace di erogare servizi di assistenza, con il massimo della qualità e della personalizzazione.

Il progetto della Zona Territoriale 5, innovativo e sostanziale per l'attività clinica ed epidemiologica di tutta la Vallesina, ha messo in rete un gruppo dei quaranta medici di medicina generale (per circa 60.000 assistiti) con i reparti ospedalieri. Il medico di famiglia può così "interfacciarsi" con il pronto soccorso ospedaliero, i centri trasfusionali, i reparti di medicina e cardiologia, l'Unità Valutativa Ospedaliera e la guardia medica, al fine di condividere i dati clinici dei propri pazienti. Il progetto è stato avviato nel giugno del 2009, dall'impulso dell'AVIS della Vallesina e della Federazione dei medici di medicina generale (FIMMG) e con un contributo economico del Centro Servizi Volontariato Ancona. L'obiettivo è di collegare tutti i medici di medicina generale entro il 2012: anno in cui saranno ultimate le procedure e trasferimenti dei reparti nel nuovo Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi.
Il nuovo approccio alla malattia nel suo complesso (disease management), indipendente dalle diverse componenti in cui la cura può essere frammentata, comporta una gestione integrata e coordinata delle patologie. La corretta conduzione dei programmi di cura è fortemente influenzata dal grado di collaborazione tra i diversi ruoli dell'organizzazione. È necessario sviluppare meccanismi in grado di disciplinare gli interventi dei diversi attori coinvolti nel processo di cura, per garantire l'omogeneità dell'erogazione a livello territoriale. Ecco quindi che diventa determinante il ruolo dei medici di medicina generale, che deve essere supportato da strumenti gestionali appropriati come la cartella clinica informatizzata ed i sistemi telematici per lo scambio di dati clinici tra MMG. Il MMG, vero case-manager dei percorsi assistenziali e lettore/interprete dei bisogni sanitari della comunità, assieme al proprio assistito decide se e quali informazioni rendere disponibili ad altri operatori interessati alla tutela della salute dell'assistito; il territorio e l'ospedale si raccordano in maniera costante per assicurare un'assistenza qualitativamente adeguata e dalle concrete garanzie di risposta immediata al cittadino. Il progetto ha come obiettivo migliorare ed implementare l'integrazione tra ospedale-territorio, soprattutto per patologie ad alto rischio di malattie cardiovascolari, spondilo artriti e, quindi, patologie associate all'invecchiamento della popolazione, evitando un eccessivo utilizzo di strutture ospedaliere. Il progetto "Medicina generale in rete" rientra anche tra le principali linee di indirizzo del piano sanitario regionale per sviluppare una politica di promozione della salute ed un sistema di servizi territoriali integrati ed orientati sul processo assistenziale alla persona.

CONCLUSIONI DEL PERCORSO SPERIMENTALE FIN QUI EFFETTUATO

A conclusione del percorso sperimentale fin qui compiuto è possibile condurre una riflessione che evidenzi i punti di forza e le criticità emerse. Un sicuro punto di forza è la presenza di un'idea innovativa, che ha orientato la sanità jesina in questi anni e che ha consentito di ridarle un senso e una

logica forti nel contesto della rete sanitaria di area vasta e regionale. Va poi sottolineato come il tutto si è svolto entro una cornice istituzionale assolutamente favorevole, e cioè il Piano Sanitario Regionale 2007-2009, confermato sull'argomento della sperimentazione dalla DGR Marche n° 176 del 2008, e l'approvazione Conferenza dei Sindaci. Il percorso metodologico scelto per condurre in porto la progettualità, e cioè la partecipazione dei professionisti all'elaborazione dell'idea di cambiamento sul "loro" ospedale, rappresenta sicuramente un altro elemento di forza. Infine, essendo Jesi una realtà sanitaria di dimensioni relativamente "contenute" e comprendendo al suo interno la presenza di strutture ospedaliere e servizi territoriali, ha avuto più facilità nel provare a costruire e sperimentare una rete integrata di cure ospedale–territorio, per realizzare una vera continuità assistenziale ed un'effettiva presa in carico complessiva del cittadino.
Accanto a questi aspetti favorevoli vanno sottolineate le tre criticità principali incontrate nell'evoluzione progettuale realizzata.
La prima è quella della prevista resistenza al cambiamento di alcuni professionisti, meno inclini di altri a veder messe in discussione alcune prerogative tradizionali di potere all'interno e all'esterno dell'ospedale, legate al "possesso" dei propri posti letto e, conseguentemente, dei propri pazienti. La seconda è rappresentata dalla difficoltà tecnica nel definire con precisione i ruoli e le responsabilità delle varie figure all'interno dell'area di degenza a diversa complessità assistenziale, soprattutto per quanto attiene alle problematiche medico-legali. La terza criticità, infine, è quella che possiamo definire come "asimmetria temporale" tra il completamento strutturale dell'ospedale, che ha subito, per ragioni legate al fallimento della ditta appaltatrice, un ritardo rispetto ai tempi previsti, e l'elaborazione del nuovo progetto organizzativo, ormai definito e pronto per essere attuato.

CONFRONTO LA RETE OSPEDALE-TERRITORIO NEL MODELLO SPERIMENTALE DEGLI OSPEDALI MURRI DI JESI E CHELSEA&WESTMINSTER DI LONDRA

SIMILITUDINI TRA I DUE MODELLI DI RETE

In generale, si sono riscontrate più similitudini che differenze tra i due modelli di rete. Alcuni di questi aspetti similari, rintracciabili anche in altri sistemi sanitari europei, sono sostanzialmente attribuibili ad una generale modificazione della società. La necessità di confrontarsi con una popolazione più consapevole dei propri bisogni e dei propri diritti, più informata su metodi diagnostici e possibilità terapeutiche e che considera la salute come un diritto primario, ha indotto i due diversi ospedali non solo ad organizzarsi in modo tale da poter offrire prestazioni di alto livello, ma li ha costretti, al contempo, a ripensare il sistema stesso nel suo complesso, allo scopo di creare un percorso di cure integrato, anche con l'Ambito sociale. Quest'ultimo, del resto, si è reso particolarmente necessario per far fronte ai nuovi bisogni legati all'incremento di patologie debilitanti, come il cancro, e di patologie cronico-degenerative.
La necessità di dare risposte adeguate ad una popolazione sempre più esigente ha, dunque, portato le due strutture ad organizzare sistemi a rete che fossero "cittadino-centrici", sistemi in cui il paziente, la sua famiglia e gli operatori stessi siano parte integrante della rete ed abbiano voce ma, in particolar modo al Chelsea&Westminster, abbiano anche il potere di modificare ciò che va migliorato.
Altro tratto comune ad entrambi i sistemi a rete è la metodologia di lavoro: viene privilegiato il lavoro per gruppi multidisciplinari e in équipe, secondo un'organizzazione che privilegia percorsi di cura integrati al centro dei quali si trova il paziente e non il livello gerarchico dei professionisti. In quest'ottica il lavoro viene organizzato in modo orizzontale, per processi: sono i medici specialisti e gli altri professionisti sanitari ad andare dove il paziente si trova e non viceversa. L'ospedale di Jesi, in questo senso, si è spinto ancora più avanti, prevedendo il superamento dei reparti tradizionali ed istituendo, al loro posto, aree di degenza comuni, dove le funzioni specialistiche sono al servizio di un'organizzazione basata su processi di cura.
L'istituzione di una figura professionale con il compito di prendere in carico il paziente è, senza dubbio,

un'altra similitudine riscontrabile nell'organizzazione del lavoro in entrambi gli ospedali.
Nel caso dell'ospedale di Jesi questo modo di lavorare è generalizzato in ogni area di degenza comune, dove il/la "primary nurse" prende in carico il paziente all'interno del proprio modulo di posti letto e svolge alcune funzioni fondamentali: concorre a definire ed assicurare l'esecuzione delle fasi previste dal piano assistenziale individuale (PAI), tiene le relazioni con il paziente, la famiglia ed i medici specialisti e coordina le altre figure di supporto.
Nel Chelsea&Westminster troviamo una figura simile all'interno della rete oncologica di cui l'ospedale fa parte. Il/la "clinical nurse specialist" prende in carico il paziente, offre informazioni e sostegno emotivo e coordina le relazioni durante il percorso di cura, sia verso l'esterno, con i gruppi di supporto, le altre strutture del percorso di cura, la comunità, sia verso l'interno, con il "key worker" ed il gruppo multidisciplinare che effettua la diagnosi e decide la terapia.
In entrambi gli ospedali il livello di assistenza e le prestazioni, come anche la dimissione, vengono differenziati in base alla complessità delle cure necessarie ed al grado di dipendenza del paziente. Questi processi, ed in particolare la gestione dei posti letto, la dimissione od il trasferimento, vengono favoriti anche da una specifica funzione organizzativa: l'Unità di Gestione Operativa nell'ospedale di Jesi e la "Discharge team" nel Chelsea&Westminster. È di fondamentale importanza che, per quanto riguarda la dimissione ed il trasferimento, esistano dei servizi appositi che organizzano la dimissione protetta e la continuità assistenziale, come avviene sia a Jesi che al Chelsea&Westminster (la discharge team).
Va poi sottolineato che entrambi gli ospedali svolgono una attenta selezione dei pazienti da ricoverare, al fine di evitare ricoveri non necessari.
A Jesi l'opportunità del ricovero viene valutata dal "filtro medico", una funzione organizzativa che ha anche il compito di assegnare ad ogni paziente il proprio tutor ed il proprio piano di cura. Se il ricovero non viene ritenuto necessario, il filtro medico provvede ad indirizzare il paziente verso le soluzioni alternative più appropriate.
Per quanto riguarda l'ospedale Chelsea&Westminster, il GP svolge una funzione di "gatekeeper", opera, cioè, una prima valutazione sulla necessità di inviare il paziente in ospedale e, in questo caso, prenota già un approfondimento specialistico. In quella sede viene valutata la necessità di ulteriori accertamenti, di interventi ambulatoriali, di cure domiciliari o di ricovero. Se il paziente si presenta direttamente al pronto soccorso, invece, viene inviato e visitato da un team che determina l'effettiva necessità di ricovero ospedaliero.
Questo modo di lavorare evidenzia come, in entrambi i sistemi a rete, i medici di medicina generale (MMG e GP) rappresentino nodi centrali e come possano insorgere facilmente criticità legate a questioni di competenze e di potere, soprattutto quando si devono mettere d'accordo servizi ed ambiti diversi, anche sociali, per organizzare dimissioni protette e continuità assistenziale.
Infine, un'altra similitudine dei due sistemi a rete è l'enfasi posta su ricerca e formazione. Entrambi gli ospedali sono, infatti, il centro di una serie di attività formative e sperimentali pensate sia per gli operatori interni sia per chi è parte della rete, ma non opera all'interno dell'ospedale, come i MMG a Jesi e i GP a Chelsea&Westmminster.

DIFFERENZE TRA I DUE MODELLI DI RETE

I cambiamenti socio-culturali sono anche alla base di alcune differenze. Ad esempio, negli ultimi anni l'Italia in generale, ed il territorio della Vallesina in particolare, si contraddistinguono per essere fra i territori con i più alti indici di anzianità e di vecchiaia in ambito internazionale. Anche se questo fenomeno viene in parte contrastato dall'incremento delle coorti demografiche di età compresa tra 0 e 14 anni, legato, per una porzione significativa, alla popolazione immigrata, si assiste ad un significativo decremento della cosiddetta popolazione attiva, di età compresa tra i 15 e i 64 anni, e ad un progressivo assottigliarsi della rete familiare (la cosiddetta "famiglia contadina"), su cui in passato era possibile fare affidamento nel caso una persona avesse avuto bisogno di assistenza continuativa. Questa situazione genera l'insorgere di nuove richieste, di nuove aspettative e di nuove problematiche, che non possono più trovare risposte adeguate e sufficienti nelle famiglie e per le quali, quindi, vanno individuate soluzioni sostenibili in ambito socio-sanitario.

In Inghilterra invece, ed in particolar modo a Londra, la popolazione immigrata è molto più integrata (si è ormai arrivati alla terza generazione di popolazione) e la differenza di cultura ed organizzazione sociale ha portato i sistemi sanitario e sociale a dare per scontato che chi necessita di cure non possa fare affidamento su di una rete familiare: la rete, pertanto, è stata creata con l'idea che il paziente sia solo. Paradossalmente, proprio a causa della maggiore integrazione della popolazione immigrata, proveniente da culture dove la famiglia gioca un ruolo fondamentale e rappresenta quindi una grande risorsa, si sta ora rendendo necessario un ripensamento dell'organizzazione attuale che coinvolga maggiormente le famiglie, quando disponibili.
In studi effettuati in passato si è evidenziato come alcune differenze, in termini di approccio terapeutico e bisogni espressi dalla popolazione, siano motivate dalla diversa scala di valori intrinseci delle diverse società. Ad esempio, l'importanza che viene attribuita in Inghilterra ai problemi degli anziani e dei diversamente abili, alle cure palliative ed alla terapia del dolore, sarebbe motivata dall'idea che l'obiettivo della medicina non sia quello di prolungare la vita, ma di renderla meglio sopportabile. Questo concetto di medicina che sempre più si prende cura, ma spesso non guarisce, è invece nuovo per il contesto italiano.
Per quanto riguarda specificatamente le differenze tra l'ospedale modello di Jesi ed il Chelsea&Westminster, quelle più rilevanti si riscontrano nell'organizzazione. Infatti, per quanto entrambi gli ospedali lavorino per processi di cura tramite gruppi multidisciplinari e/o équipes multiprofessionali, il Chelsea&Westminster sembra essere tuttora ancorato al concetto di reparto in senso tradizionale, mentre l'ospedale di Jesi si propone di sperimentare un concetto del tutto innovativo: superare l'attuale organizzazione, impostata secondo la suddivisione nei reparti tradizionali, a vantaggio di una nuova organizzazione che preveda la creazione di aree comuni di degenza.
Un altro elemento di distinzione per l'ospedale di Jesi è l'introduzione di una figura il cui ruolo è quello di prendere in carico il paziente dal momento del ricovero, cioè il "tutor medico". Questo tutor è, in sostanza, il "care manager clinico", cioè la figura clinica di riferimento costante per il paziente, che è garante in prima persona del corretto svolgimento dell'iter diagnostico e terapeutico previsto nei piani di cura e che "tiene le fila" del ricovero. Inoltre, l'ospedale di Jesi si contraddistingue anche per il fatto che il/la "primary nurse" sia una figura nuova che agisce indipendentemente dal tipo di malattia da cui è affetto il paziente, mentre nel Chelsea&Westminster la "clinical nurse specialist", che svolge un ruolo simile, sembrerebbe essere inserita esclusivamente nell'ambito della rete oncologica.
Infine, di notevole rilevanza è la rete informatica, che si sta sperimentando nella Zona Territoriale di Jesi, tra MMG e ospedale, contrapposta alla rete di comunicazioni più tradizionale impostata dal Chelsea&Westmintser tra ospedale e GP, basata sull'invio di lettere scritte o newsletter elettroniche o cartacee e su relazioni informali mantenute per telefono o di persona.

BIBLIOGRAFIA

ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali), *Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza,* in "Supplemento al n° 6 di Monitor, Elementi di analisi e osservazione del sistema salute", anno II Numero 6, settembre_ottobre 2003.

CALMAN K., HINE D., *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*, Department of Health, DH_4014366, 1995

Department of Health, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*, DH_4002960, 2000

Department of Health, *The NHS Cancer Plan: A plan for investment- A plan for reform*, DH_4014513, 2000

Department of Health, *Discharge from hospital: Pathway, process and practice*, DH_4003252, 2003

Department of Health, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, DH_4008268, 2003

Department of Health, *Cancer Reform Strategy*, DH_081006, 2007

Department of Health, *Tackling Health Inequalities: 2007 Staus Report on the Programme for Action*, DH_083472, 2008

Department of Health, *Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care*, DH_113950, 2010

Department of Health, *Ready to go? Guidelines on discharging people from hospitals*, DH_113951, 2010

Department of Health, *Manual for Cancer Services 2009*, DH_114576, 2010

DI MAIO A., LUCIONI C., *L'evoluzione recente di alcuni sistemi sanitari*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n.6, 4 2001, pag. 9

DI MAIO A., LUCIONI C., *L'evoluzione recente di alcuni sistemi sanitari*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n.8, 5 2001, pag. 1

GEDDES M., *Sistemi Sanitari Nazionali e Welfare Comunitario,* in "Epidemiologia e Prevenzione", n.19, 12 1995, pag.297

GIARELLI G., *Il malessere della medicina – Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano, 2007

HAM C., *Management and competition in the new NHS*, Radcliffe Medical Press, 1994, p. 9.

ISTAT, *Indicatori demografici 2008, Struttura per età della popolazione al 1° gennaio – Anni 2006-2009*, accessibile al link http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2008/Tab_6.xls (consultato il 6 agosto 2009).

JOMMI C., *I meccanismi regionali di finanziamento delle Aziende Sanitarie*, in "E. Anessi Passina, E. Cantù, L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2000, Egea, Milano, 2000.", p. 72.

Labour, *Renewing the NHS*, "Labour's agenda for a healthier Britain", 1996

PSR (Piano Sanitario Regionale) Regione Marche 2007 – 2010.

SALTMAN R.B., FIGUERAS J. (A CURA DI), *Europa: Sanità in Transizione*, in "Quaderni di sanità Pubblica", n. 107-108, 10 1998, pag. 9

Secretary of State for Health, T*he New NHS, Modern – Dependable*, HMSO, 1997.

LEGGETE …. E' SEGRETO: lo psicologo e il segreto, tra contesto clinico e giuridico

PAOLO MENGANI

psicologo psicoterapeuta – collaboratore del Consultorio Familiare Zona 7 Ancona

Nel lavoro dello psicologo, specie qualora la presa in carico si attui nel contesto di un intervento dell'Autorità Giudiziaria (ad esempio nel lavoro consultoriale di "tutela minori"), occorre un costante sforzo per integrare gli aspetti psicologico-clinici e giuridico-normativo. La complessa interazione tra sistema familiare, giuridico e curante verrà affrontata da una prospettiva, quella del segreto, tanto significativa quanto poco dibattuta, come se occultarla potesse magicamente nascondere l'esistenza di questo lato oscuro della vita, delle zone d'ombra presenti nella realtà interna ed esterna di ognuno.

Il tema del segreto è talmente ampio e composito da rendere necessaria una selezione degli argomenti da trattare. Verranno quindi scelte, tra le molte possibili, tre prospettive da cui osservare il tema, tre dimensione che costituiscono un intreccio coerente, essenziale da comprendere per aiutare i sistemi familiari che giungono all'attenzione dello psicologo in un contesto giudiziario: il mito, che rappresenta il vertice transgenerazionale di questa triade di punti di vista; l'incesto, l'aspetto più crudo del segreto all'interno delle varie generazioni del sistema familiare; la "coalizione incongrua", dinamica relazionale disfunzionale molto frequente nelle famiglie abusanti ed in quelle trattate su invio della Magistratura.
In conclusione il segreto verrà trattato dal punto di vista del legame tra aspetti normativi e deontologici.

Il mito familiare

"*I segreti sono parte del mito*" (Losso, 2000) e, spesso, ne costituiscono il "nocciolo duro", il cui svelamento o perlomeno la cui intuizione a volte risulta imprescindibile per la presa in carico di famiglie con una tipologia di problemi tale da portarli all'attenzione dello specialista tramite l'intervento dell'Autorità Giudiziaria.
Quando si parla di miti si intende, implicitamente, l'esistenza di situazioni e vissuti non elaborati e non esplicitati (quindi segreti), spesso di natura traumatica e/o luttuosa, sottoposti ad una trasmissione transgenerazionale.

Freud (1929) scrive che "*nessuna generazione è capace di dissimulare* a quelle che le succedono gli avvenimenti psichici significativi".
Invece Jung si esprime così (1936): "l'inconscio collettivo è una parte della psiche che si può distinguere in negativo dall'inconscio personale per il fatto che non deve la sua esistenza all'esperienza personale"; i suoi *contenuti non sono stati rimossi perché non sono mai stati consapevoli* (almeno all'individuo) e vengono ereditati.
Boszormenyi-Nagy e Spark (1988) hanno sviluppato il tema delle "lealtà invisibili", patti familiari non espliciti di cui i familiari tendono ad occuparsi più che dei propri destini, in quanto richieste inconsce provenienti dalle generazioni precedenti; si esercita così un potere di disinvestimento dalla vita quotidiana, mentre la famiglia si organizza intorno ai propri debiti reciproci. E' evidente, quindi, come *un mito rigido possa agire come destino.*
Kaes (1983) parla di trasmissione intersoggettiva, intergenerazionale e tranpsichica: la prima ha avuto origine nella vita familiare e precede il soggetto, a cui viene trasmessa durante la formazione della sua vita psichica; la

seconda si attua tra una generazione e l'altra e può essere anche trofica, cioè costituita da vissuti psichici elaborati, introiettati nella psiche della nuova generazione e costruttivi; la terza non avviene tra i soggetti, ma attraverso di loro (siamo nel campo del narcisismo).
I contenuti trasmessi tra le generazioni possono essere modificati nel passaggio, oppure rimanere inalterati in quanto segreti ed inelaborati: ciò che nella prima generazione è stato vissuto in maniera diretta e prevalentemente consapevole, nel tempo diventa *in-consapevole, in-nominabile, in-pensabile*. Il fantasma, però, può essere intuito dalle generazioni successive, attraverso comportamenti o messaggi non verbali o contraddizioni tra diversi livelli di comunicazione; ciò può ostacolare la generale capacità di simbolizzazione del bambino, potendo comportare una scissione psichica (che a sua volta ostacola la possibilità di elaborare).

In ogni caso, nonostante la disfunzionalità che solitamente porta con sé, il mito ha il ruolo di organizzare il sistema familiare, di strutturarne il funzionamento, di influire sul destino dei suoi membri.
Ferreira (1978) descrive il mito familiare come un "insieme di credenze ben strutturate e condivise da tutti i membri della famiglia riguardo i loro ruoli reciproci e la natura del loro rapporto"; esso si pone in mezzo fra il mito individuale, che può avere la valenza di dare un senso alla propria esistenza, ed il mito pubblico, creazione appartenente alla cultura.
Andolfi ed Angelo (1987) lo hanno definito come una "griglia di lettura della realtà (includendo elementi reali e fantastici) in parte ereditata dalla famiglia, in parte costruita dalla famiglia attuale in corrispondenza coi suoi bisogni emozionali, i quali assegnano ad ogni membro un ruolo e un destino precisi".
Parimenti, molti segreti permettono un'organizzazione della famiglia, potendo però ostacolare nei familiari una crescita ed un'individuazione psichica.

Per il clinico è particolarmente difficile riuscire ad intuire, mentalizzare, esplicitare ed aiutare ad elaborare modalità relazionali così complesse ed segrete come quelle sopra descritte, a causa delle difese da parte della famiglia/paziente, che spesso neppure accenna ad eventi e vissuti che possono aiutare a ricostruire il quadro dinamico del sistema. Nei casi seguiti su mandato di un Tribunale, questa difficoltà è particolarmente frequente sia perché le famiglie sono necessariamente più difese di chi giunge spontaneamente, sia perché i problemi che hanno portato alla segnalazione spesso riguardano eventi "mitici" quali abusi, maltrattamenti, condotte antisociali.
In questo tentativo di comprensione, lo psicologo può affidarsi sia alla propria esperienza professionale ed umana, sia al proprio bagaglio teorico (in base al modello in cui è specializzato, ma cercando di integrare conoscenze e tecniche di altri orientamenti), sia all'intuizione, alle "fantasie", alle sensazioni controtransferali; ovviamente, specie nel momento in cui ci si muove all'interno di una cornice giuridica, occorre trovare il modo per cui tali "elementi grezzi" possano avere riscontri più oggettivi. In questa ricerca sono molto preziosi *l'utilizzo oculato della testistica ed il lavoro di equipe multidisciplinare* (si pensi ai dati che possono fornire le assistenti sociali, o che provengono dalla lettura degli atti del Tribunale, o derivanti dal confronto con un pediatra o uno psichiatra, oppure con psicologi di altri Servizi eventualmente coinvolti come il Ser.T. o l'UMEE).

Al di là dei casi di invio coatto da parte dell'Autorità Giudiziaria, è esperienza comune che il paziente, il quale sceglie di seguire un percorso di psicoterapia proprio perché certe parti nascoste di sé vengano "tirate fuori", paradossalmente rende tale lavoro difficile al clinico, costringendolo ad intuire i vissuti interni più dai segni indiretti che dai contenuti esplicitati. A secondo che il setting sia di natura individuale o familiare e basato su un approccio psicodinamico oppure sistemico, sono di aiuto vari *strumenti* in questa opera: sogni, lapsus, fantasie, sintomi, comportamento verbale e non-verbale (tono, mimica, espressioni, abbigliamento, postura, ecc.), modalità di rapportarsi agli altri familiari e/o al terapeuta, aspetti transferali e controtransferali, ecc.

L'incesto

Racaimer (1990) distingue tra segreti "libidinali" e "antilibidinali": i primi riguardano il sesso, il piacere e l'erotismo e sono fonte di fantasie mantenute occulte; i secondi si riferiscono ad eventi della storia familiare che implicano trasgressioni alle leggi civili o morali, appartengono al campo del narcisismo ed hanno una funzione di legatura del sistema.
Un esempio è *l'incesto, la cui ombra "può estendersi a intere famiglie e anche a generazioni successive" ed il cui intreccio con il mito* e la sua intergenerazionalità risulta quindi evidente.
L'incesto è l'esempio più eclatante, più culturalmente riprovevole e forse più traumatizzante tra le diverse *forme di abuso del "potere parentale"*, più frequenti di ciò che si possa pensare, seppure solitamente più limitate, "innocue" e nascoste tra le pieghe dei comportamenti e delle comunicazioni quotidiane; invece un uso sistematicamente e pervasivamente distorto del "potere" che i genitori hanno sui figli porta sempre a gravi ripercussioni sul piano psichico e relazionale.
La fantasia inconscia dell'incesto è più frequente di quanto non venga ammessa e soprattutto agita; la capacità di rinunciare, di distinguere tra fantasia e desiderio, di dare e tollerare frustrazioni deve necessariamente essere una funzione ed un compito dell'adulto-genitore e non certo il bambino-figlio.

Nell'abuso intrafamiliare, *spesso, il segreto è solo apparente*; difatti, nel caso più noto, il padre abusa della figlia e le chiede di non parlarne agli altri familiari, facendo leva sull'affetto della bimba, sulla propria autorevolezza, a volte sulla minaccia o viceversa sulla gratificazione materiale o affettiva; la madre (e a volte la fratria) sovente percepisce segnali in tal senso, ma evita di approfondirli e nega le proprie percezioni. Paradossalmente la presenza di un Servizio o Tribunale può essere utilizzata dai genitori come minaccia per rafforzare la necessità di non rilevare il segreto, "senò ti portano via".

Le molestie sessuali si inseriscono nel contesto di una profonda *mancanza di confini e di limiti* presente, pur in maniere differenti, a tutti i livelli del sistema familiare: non c'è una chiara differenza di ruolo tra adulti e bambini; lo spazio di pensiero è ridotto, le emozioni vengono generalmente espresse in maniera in-mediata; lo stile educativo può essere improntato all'impulsività, spesso incentrato su misure materiali; la comunicazione è carente di filtri, poche situazioni ed emozioni sono tenute "segrete" quando sarebbe utile (i genitori parlano di tutto in presenza dei figli, questi non differenziano le cose per cui rivolgersi agli adulti da quelle che potrebbero gestire in autonomia), mentre paradossalmente vengono nascoste situazioni gravi come lo stesso abuso (peraltro il "dirsi tutto" non corrisponde ad una vera possibilità di comunicare e rielaborare, che anzi è ostacolata dall'uso della parola come agito).
Il figlio spesso non si ribella a tale ruolo, perlomeno nei modi che gli consentirebbero di uscirne, a causa delle aspettative di lealtà verso i genitori, dei sensi di colpa (comprensibili nell'ottica di dinamiche familiari patologiche e di una mentalità infantile comunque autocentrica), della paura che il proprio rifiuto significhi la perdita dell'affetto se non della presenza del genitore (o di entrambi, nel caso in cui percepisca la connivenza dell'altro).
Secondo Scabini-Cigoli (2000) le molestie su di un figlio rappresentano anche l'*impotenza degli adulti*, la loro difficoltà a stabilire relazioni funzionali e soddisfacenti in cui l'amore prevalga sull'odio, sentimento che invece viene agito mescolandosi al bisogno di potere e dando luogo all'aspetto violento implicito nelle condotte abusanti. In molti casi la sessualizzazione del figlio deriva anche dalla sofferenza e dalla delusione vissute nel rapporto coniugale; in questo senso, il figlio può essere un sostituto affettivo-sessuale, oppure l'abuso (come il maltrattamento) può rappresentare un richiamo verso il partner (ottenendo viceversa l'effetto di allontanarlo e alimentando così un circolo vizioso).
Il genitore abusante (a volte anche l'altro) spesso ha vissuto esperienze o perlomeno relazioni simili nell'infanzia; il clinico, quindi, si trova di fronte a fatti e dinamiche gravi che sono state perpetrare e che rischiano di esserlo in futuro (trasmissione transgenerazionale).

Si tratta di situazioni e vissuti difficili da riconoscere da parte delle persone esterne (anche il **clinico**), nonché da portare alla consapevolezza e comunicare da parte di chi le vive dall'interno (i familiari), infine da modificare anche nel momento in cui avvenga l'incontro tra la famiglia e lo psicoterapeuta.
Lo psicologo che abbia in cura una situazione simile deve lavorare per giungere alla comprensione ed allo *svelamento delle dinamiche familiari* sottostanti il comportamento abusante ed eventualmente collusivo dei genitori, facendo attenzione al fatto che la precoce acquisizione della consapevolezza del proprio ruolo in tale condotta e delle sue conseguenze sul figlio possono comportare sentimenti non sempre tollerabili.
La comprensione non può ovviamente sfociare in una giustificazione dei comportamenti o nell'ulteriore collusione con le relazioni disfunzionali del sistema, con la conseguente omissione di tutti quegli atti (ivi compresa la segnalazione, come si vedrà in seguito) finalizzati al cambiamento ed alla tutela del minore.

Anche *in chiave peritale* l'abuso rappresenta un questione molto spinosa, dal momento che gli strumenti a disposizione dello psicologo (dal colloquio alle scale di valutazione ai test proiettivi), pur sensibili e basati su esperienze cliniche ormai consolidate, non sempre portano a quella certezza che spesso si chiede al perito per supportare un iter processuale o la sua archiviazione (con i relativi risvolti umani per le persone implicate nella vicenda).

La normativa e la giurisprudenza, adeguatesi alle nuove concezioni in merito alla tutela dei minori, sono orientate alla necessità che l'adulto operi per perseguire il benessere psicofisico del minore in senso globale, non solo per evitare che egli subisca trattamenti che ne pregiudicano la salute fisica. Si vedano, a tale proposito, la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo (New York 1989, ratificata in Italia dalla legge 176/91), la legge 149 del 2001 sull'affido e l'art. 572 del Codice Penale (che può riguardare anche lo psicologo qualora si voglia considerare un paziente minorenne "a lui affidato per ragioni di educazione").

La coalizione incongrua

Una delle dinamiche relazionali implicite nell'incesto è la "coalizione incongrua" (Haley, 1980), che peraltro di per sé può costituire una forma di abuso, a causa della strumentalizzazione del figlio e dell'assenza di confini e ruoli sani su cui si basa. Una coalizione è incongrua quando è proposta da un familiare ad un altro appartenente ad una generazione diversa, a discapito di un membro del sottosistema a cui appartiene chi richiede il patto: un esempio tipico è la richiesta, da parte di un genitore ad un figlio, di mantenere segreto un evento all'altro genitore, estromesso da questa relazione impropria, che comporta implicitamente anche un atto aggressivo nei confronti dell'escluso.
Se tale modalità relazionale può essere presente anche in famiglie non problematiche, essa diviene patologica e patogenetica se abituale, protratta e pervasiva; inoltre è ancora più complessa quando genitore e figlio sono di sesso opposto ed il legame assume connotati di seduttività.

Il vero obiettivo del genitore che propone la coalizione rimane, comunque, il partner, che viene *pro-vocato* (insieme colpito e richiamato) dalla relazione incongrua; la percezione o lo svelamento della segreta ambizione del genitore con cui si è instaurato il rapporto preferenziale può comportare nel figlio delusione, rabbia, infine anche disagio marcatamente significativo e sintomatico. Inoltre il bambino, colludendo con l'inadeguata richiesta genitoriale, si è caricato di responsabilità improprie e di un senso di colpa e di slealtà difficili da tollerare e da esplicitare.

Il sistema curante (composto dalla famiglia insieme allo psicoterapeuta o ancora meglio alla coppia che effettua la coterapia) spesso passa attraverso una fase di isomorfismo rispetto alle relazioni familiari; cioè vengono vissute, all'interno dello spazio terapeutico, dinamiche similari a quelle che la famiglia non riconosce in sé.
L'isomorfismo, lungi dall'essere di per sé un problema, può assumere caratteri funzionali al percorso rielaborativo, sovrapponendosi per certi versi ai concetti tipici della terapia psicodinamica di transfert e controtransfert. La specificità del lavoro psicoterapeutico consiste nel rendersi consapevoli di tali

meccanismi, usandoli inizialmente per comprendere le relazioni disfunzionali del contesto familiare, quindi per aiutare il sistema ad elaborarle, infine perché esso le superi. Un isomorfismo che invece non portasse al superamento di se stesso e quindi delle dinamiche familiari problematiche rinforzerebbe la disfunzionalità del sistema.
In ogni caso, in psicoterapia l'"errore" non deve (e spesso non può) tanto essere evitato (qualora non si parli di sbagli irreversibili o con gravi ripercussioni), quanto utilizzato.
La probabilità che certe dinamiche vengano comprese, esplicitate, elaborate e infine superate è maggiore quando la famiglia può ottenere, "in cambio" delle abituali modalità di rapportarsi, un nuovo e più soddisfacente equilibrio; altrimenti il sistema percepirà unicamente la mancanza, tendendo a colmarla attraverso i meccanismi noti.
Questo lavoro può essere fatto in un setting individuale o ancor più (secondo il mio punto di vista) con il coinvolgimento dell'intera famiglia, o perlomeno primariamente secondo un'ottica sistemico-relazionale.

In un percorso psicologico non è raro che un familiare (il minore o anche un genitore) chieda al clinico di tacere agli altri membri coinvolti un segreto, di fatto proponendogli una coalizione incongrua.
Escludendo la possibilità di accettare tale richiesta in quanto tale e al di là dei doveri giuridici inerenti la gestione del segreto e la segnalazione alle Autorità competenti (di cui si parlerà nel prossimo paragrafo), in queste situazioni lo psicologo-psicoterapeuta può innanzitutto cercare di comprendere e differenziare i "segreti" funzionali al percorso psicologico ed alla crescita psichica, da quelli patologici o patognomonici o potenzialmente patogenetici; o ancora, distinguere quali ed in quali momenti del percorso tali vissuti e/o eventi non detti vadano rispettati (non affrontandoli col paziente e/o non condividendoli con la sua famiglia) e quali e quando invece sia più costruttivo portare a svelamento, perché necessitano di essere condivisi e/o elaborati (in questo caso il clinico può lavorare perché il sistema trovi la forza e la consapevolezza per arrivare a parlarne).

Ad esempio in un percorso psicologico con un *adolescente (essere mitologico, mezzo adulto e mezzo bambino, che deve nutrirsi anche di adeguati spazi privati per crescere)*, può capitare che il paziente chieda al clinico di tenere segrete ai genitori condotte dalla valenza e dai risvolti molto diversi: ad esempio un uso episodico di cannabis, piuttosto che un abuso sistematico di cocaina; oppure una precoce esperienza sessuale, piuttosto che un comportamento promiscuo che porta anche ad un'interruzione di gravidanza (per la quale è prevista comunque la possibilità di procedere nell'anonimato anche nei minorenni, attraverso il Giudice Tutelare). La domanda del paziente va letta ed interpretata in maniera attenta ed approfondita, potendo rappresentare tanto una richiesta di coalizione incongrua col terapeuta, quanto viceversa il desiderio di mantenere un proprio ambito privato, o quando ancora la domanda inconscia che in realtà il segreto venga rivelato ai familiari ed egli venga sollevato da questo peso.

In ogni caso, preliminarmente alla decisione di comunicare o meno specifiche questioni, è bene *interrogarsi sugli obiettivi e sui significati delle nostre intenzioni*. Da un lato, quindi, bisogna domandarsi se la scelta di mantenere segreti determinati fatti o vissuti non sia un modo di proteggere noi stessi dalle emozioni che scaturirebbero dal loro svelamento; viceversa occorre chiedersi se un eventuale "impulso etico a dire la verità" non corrisponde ad una nostra difficoltà di operare un adeguato contenimento o di assumerci la responsabilità di procrastinare il momento di rivelarle; infine è fondamentale verificare se il segreto in questione non sia, in realtà, già stato intuito dall'altro.
In molti casi, allora, può essere preferibile che l'altro (il paziente, specie se un bambino) abbia una *versione dei fatti chiara*, diretta, non difforme dalla "verità", adeguata alla sua capacità di comprensione ed elaborazione, anziché essere lasciato in balìa della crudo realtà o viceversa delle proprie ricostruzioni fantastiche ed arbitrarie, spesso più spaventose della realtà stessa, sicuramente più confusive.

Al di là dei casi sopra descritti, l'aspetto del segreto, in quanto spazio privato e differenziato, è implicito e sentito in ogni percorso psicologico: dalla parte del cliente, egli sa di poter parlare di qualsiasi cosa durante il colloquio, cioè che gli sarebbe più utile svelare parti di sé anziché mantenerle nascoste; dall'altra

parte, viceversa, lo psicologo è tenuto a comunicare di sé solo le informazioni ed i vissuti che sceglie di condividere in ragione dell'interesse dell'altro. Per queste ragioni, lo psicologo (come e forse ancor più di chiunque eserciti una professione in cui la distinzione e la chiarezza dei ruoli, nei confronti del cliente, non solo è importante ma rappresenta una condizione basilare) dovrebbe porre particolare attenzione all'utilizzo di strumenti informatici, quali ad esempio facebook.

Conclusione – il segreto professionale in senso legislativo, clinico, deontologico

Nell'ambito peritale o, comunque, nella presa in carico individuale o familiare su invio dell'Autorità Giudiziaria, lo psicologo non può prescindere da considerazioni di tipo giuridico, pur non potendo entrare pienamente nel merito. Pertanto di seguito verrà unicamente illustrato il legame tra aspetti giuridici, clinici e deontologici in relazione al segreto, mostrandone gli aspetti concordanti e quelli discrepanti.

La legge 196 del 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") ha dato risposta ad un mutato clima culturale e, a sua volta, ne ha stimolato una modifica ed un nuovo equilibrio, rivestendo una grande importanza culturale nel sottolineare come il "segreto" (nel senso funzionale del termine) rappresenti uno spazio privato individuale da proteggere, che deve essere fatta oggetto di discussione solo qualora "indispensabile per svolgere attività istituzionali che non possono essere adempiute, caso per caso, mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di diversa natura […] nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato" (*artt. 22 e 1*). I "dati sensibili", da trattare con particolare attenzione, sono "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" (*art. 4*).
Ciò concorda con il *Codice Penale* che già punisce "chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto" (art. 622).
Allo stesso modo l'art. 4 del *Codice deontologico degli Psicologi italiani* indica che "nell'esercizio della professione, lo psicologo rispetta la dignità, il diritto alla riservatezza, all'autodeterminazione ed all'autonomia di coloro che si avvalgono delle sue prestazioni; ne rispetta opinioni e credenze, astenendosi dall'imporre il suo sistema di valori; non opera discriminazioni in base a religione, etnia, nazionalità, estrazione sociale, stato socioeconomico, sesso di appartenenza, orientamento sessuale, disabilità". Si noti la coerenza con i "dati sensibili" indicati nella legge, considerati aspetti su cui si fonda la dignità ed il rispetto della persona e tra le persone, sotto i profili giuridico e clinico.

Nel momento in cui la presa in carico nasca dall'invio di un'Autorità Giudiziaria, la gestione del segreto da parte dell'operatore del Servizio tiene conto sia della sua valenza psicologico-clinica, sia degli aspetti normativi (comunque presenti in ogni percorso psicologico), sia del contesto giuridico e del fatto che è implicita nell'invio la necessità di condividere con il Tribunale gli elementi emersi. Perciò merita un'attenzione particolare il confronto tra Codice deontologico degli psicologi e Codice penale.
Secondo gli *art. 362 e 365* di quest'ultimo, lo psicologo di un Servizio sanitario pubblico (in quanto "incaricato di un pubblico servizio" che si trova "nell'esercizio di una professione sanitaria") è punibile qualora non segnali "un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio", salvo "quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale".
Secondo la Procura ed il Tribunale per i Minorenni di Ancona (2008) esempi di *reati che lo psicologo potrebbe trovarsi nell'obbligo di denunciare* proprio perché perseguibili "d'ufficio" sono: "situazioni di abbandono (materiale, morale, educativo, assistenziale) relative a minori degli anni diciotto"; "situazioni di grave pregiudizio attuale o pericolo di serio pregiudizio relative a minori"; "minori affidati di fatto a parenti o a

terzi o comunque non direttamente assistiti dai genitori"; "minori recanti segni di violenza"; "minori bisognosi di cure mediche non consentite dai genitori".
In alcuni casi però l'obbligo di denuncia di cui sopra si può scontrare con l'art. 11 del Codice deontologico, il quale recita quanto segue: "lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto *non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che* non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti"; questi sono l'*art. 12* ("lo psicologo può derogare all'obbligo testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso") e l'*art. 13* (secondo cui "nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi").

Sempre a proposito di obbligo di denuncia, occorre sottolineare che per il clinico spesso è difficile valutare quali siano i *reati procedibili d'ufficio*, perché tale competenza non rientra nella sua formazione ed in molti casi il buon senso non aiuta; difatti, ad esempio, potrebbe essere considerato imputabile per un reato perseguibile d'ufficio un ragazzo che danneggia un cartello stradale e, viceversa, non esserlo chi attui una condotta violenta sul partner che non implichi una prognosi superiore ai venti giorni.

Se quanto sinora detto comporta quotidiane riflessioni per lo psicologo, egli non deve avere titubanze nei casi in cui mantenere "segrete" determinate informazioni possa comportare grave pericolo per la vita o per la salute anche di altre persone, secondo quanto stabilito dalla legge, ma anche da un punto di vista deontologico, etico, umano.
Si potrebbe discutere sui tempi di tale segnalazione, affinché il clinico possa approfondire i dati da segnalare nel contesto dell'intera vicenda familiare e restituirli all'Organo inviante all'interno di una quadro più complesso, più utile ed in cui l'operato del clinico assuma una specifica valenza.
A tale proposito la Procura ed il Tribunale per i Minorenni delle Marche (2008) parlano di un obbligo di "denunciare tempestivamente" ed operando una "valutazione del fatto in astratto, spettando solo all'Autorità Giudiziaria la qualificazione del reato e la valutazione della rilevanza penale in concreto"; rispetto alle "situazioni di abbandono" sottolinea come ci sia un "obbligo, sanzionato penalmente, di segnalare formalmente per iscritto con la massima tempestività".

La situazione è forse più spinosa per il libero-professionista, consapevole che la "riservatezza" fonda ogni percorso psicologico, dal momento che i contenuti portati dai pazienti assumono rilevanza solo all'interno di un contenitore definito, i cui limiti sono dati dai vari elementi del setting, ivi inclusa la certezza che l'Altro non divulgherà ad altri quanto riferitogli in seduta.
Quindi, se il libero-professionista solitamente tende a seguire prioritariamente le regole ordinistiche, per tutelare l'assistito e non compromettere l'alleanza terapeutica e quindi la concreta possibilità di aiutarlo, in condizioni più significative deve optare per la segnalazione, sia per ragioni giuridiche che etiche; si può considerare il caso di uno psicologo a cui il paziente riveli che il partner maltratta abitualmente i figli, mentre il discorso potrebbe essere più complesso se tale condotta fosse stata attuata una sola volta in passato e la persona avesse già chiesto si essere aiutata, oppure ancora se il reo fosse l'assistito stesso (per le limitazioni date dall'art. 365 del Codice penale).

BIBLIOGRAFIA

Andolfi M., Angelo C. – *Tempo e mito nella psicoterapia familiare* – Ed. Boringhieri, 1987
Bion W. - *Elementi della Psicoanalisi* - Armando, 1973
Boszormenyi-Nagi I., Spark - *Lealtà invisibili* - Ed. Astrolabio, 1988
Bowen M. - *Dalla famiglia all'individuo* – Ed. Astrolabio, 1979
Casaccia C. – *L'abuso della potestà genitoriale* - tesi in Giurisprudenza (Univ. Bologna), 2005
Charmet P. G. – *Adolescenti in crisi e genitori in difficoltà* – Ed. Angeli, 1994
Crepet P. - *I figli non crescono più* – Ed. Einaudi, 2005
D'Aiello e Palazzi (a cura di) - *Lascia che ti racconti* - Ed. Derva, 1984
Dostoevskij F. – *Delitto e castigo* – Ed. Mondadori, 2005
Ferreira A. J. – *Miti familiari* - In "La Prospettiva Relazionale" a cura di Watzlawick, Astrolabio, '78
Haley J. - *Fondamenti di terapia della famiglia* – Ed. Feltrinelli, 1980
Ibsen H. – *Peer Gynt* – Ed. Newton Compton Italia, 1973
Jung C. G. – *Il concetto di inconscio collettivo* – in Opere vol. IX, 1980
Kaes R. – *L'apparato pluripsichico* - Ed. Armando, 1983
Loriedo C., Vella G. - *Il paradosso e il sistema familiare* – Ed. Boringhieri, 1989
Losso R. – *Psicoanalisi della famiglia. Percorsi teorico-clinici* - Ed. Angeli, 2000
Malagoli Togliatti M. (a cura di) – *Dall'individuo al sistema* - Ed. Boringhieri, 1991
Ottonello L. – *La bugia patologica* – dal sito web
Procura e Tribunale per i Minorenni di Ancona (a cura di) – *La tutela giudiziaria dei minori* – Ed. Centro Stampa Digitale dell'Assemblea Legislativa delle Marche, 2008
Racamier P. C. – *A proposito dell'ingranamento* – In Interazioni n° 0, 1990
Scabini , Cigoli - *Il famigliare. Legami, simboli e transizioni* – Ed. Cortina, 2000
Selvini Palazzoli M. – *I giochi psicotici nella famiglia* – Ed. Cortina, 1988
Tausk V. (1979) - *Scritti Psicoanalitici* - Ed. Astrolabio, 1979
Watzlawick P. e al. - *Pragmatica della comunicazione umana* – Ed. Astrolabio, 1971
Winnicot D. W. – *Gioco e realtà* – Ed. Armando, 2005

REGISTRO NOMINATIVO DELLE CAUSE DI MORTE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NELLE MARCHE (RENCAM). Studio di fattibilità

MARCO MORBIDONI*, FABIO FILIPPETTI**

**Medico, responsabile osservatorio epidemiologico ASUR Zona 7, Ancona*
***Medico, responsabile u.o. epidemiologia ASUR Zona 10, Camerino; responsabile osservatorio epidemiologico ARS, Ancona*

Premessa

L'individuazione degli obiettivi che il sistema sanitario regionale intende realizzare non esaurisce il continuo processo di pianificazione degli strumenti e dei metodi informativi.
La realizzazione di un qualunque sistema informativo rappresenta un investimento che mobilita risorse finanziarie, umane e tecniche.
La scarsità di tali risorse richiede spesso che vengano effettuate valutazioni sui progetti proposti che portino a dimostrarne la validità, l'efficacia, l'efficienza e, non ultimo, la 'fattibilità' nel contesto.
Tra tutti i progetti che superano l'esame di fattibilità è necessario infine effettuare un confronto che stabilisca una scala di priorità. Ogni progetto potrà poi avere diverse soluzioni tecnico organizzative, per ciascuna delle quali sarà necessario valutare la convenienza economica.
Lo scopo dello studio di fattibilità è pertanto quello di analizzare le esigenze informative connesse allo sviluppo di un nuovo progetto definito in linea di massima nella fase di pianificazione, ed arrivare alla individuazione di una o più soluzioni 'architetturali' relative alle applicazioni, alle tecnologie e alle soluzioni organizzative, per:
1. fornire ai decisori gli elementi di valutazione necessari per prendere una decisione riguardo alla realizzazione operativa del progetto
2. proporre la soluzione tecnico organizzativa con valutazione dei
–costi delle soluzioni
–benefici ottenibili nel tempo
–rischi legati alla realizzazione e
–conseguenze del mancato raggiungimento degli obiettivi progettuali.
Tenuto conto che le caratteristiche di uno studio di fattibilità possono essere tecniche (verifica se gli aspetti tecnici della proposta sono effettivamente realizzabili), organizzative (verifica se la proposta è realizzabile nell'ambito della organizzazione esistente), economiche (verifica se le risorse necessarie per la realizzazione del sistema - costi - sono giustificate dai ritorni prevedibili, espressi in termini di benefici), temporali (verifica se il sistema è realizzabile nei termini in cui continua ad essere utile alla organizzazione) e motivazionali (verifica l'effettivo grado di accettabilità che gli utenti potranno esprimere rispetto al nuovo sistema, una volta realizzato), i prodotti dello studio di fattibilità saranno:
• Analisi del problema
• Progetto di massima
• Risorse
• Benefici e rischi.

Analisi del problema

I dati di mortalità rappresentano uno dei principali strumenti di monitoraggio dello stato di salute della popolazione e, insieme alla morbosità, un indicatore indispensabile per la definizione delle patologie più diffuse e quindi dei bisogni sanitari della popolazione.

Le statistiche di mortalità forniscono un indicatore di effetto globale delle condizioni di vita, dell'esposizione a fattori di rischio e dell'efficacia dell'assistenza socio-sanitaria.
Per tali scopi l'uso di tale fonte presenta notevoli vantaggi rispetto all'uso di altri dati di carattere sanitario.
É necessario, però, considerare l'esistenza di alcuni limiti intrinseci ai dati di mortalità che possono essere così riassunti:

- le diagnosi di morte non forniscono informazioni per malattie non letali, anche se gravi ed invalidanti: molte condizioni patologiche che portano a sofferenze e disagi personali e sociali ed a gravoso impegno da parte dei servizi socio - sanitari ma che non sono la causa del decesso, si riflettono assai poco sulle statistiche di mortalità (si considerino ad esempio la patologia psichiatrica, la patologia articolare, i fenomeni di disabilità, ecc.);
- la mortalità ed anche la morbosità sono indici negativi dello stato di salute della popolazione: la salute, considerata come benessere psichico, fisico e sociale, dovrebbe essere valutata con indicatori adatti a verificare anche gli aspetti soggettivi e le eventuali limitazioni alle normali attività fisiche che creano sofferenze e disagi per l'individuo determinando, generalmente, un ricorso ai servizi sanitari;
- la mortalità riflette più il passato che il presente: la morte si colloca ovviamente alla fine di un processo morboso che può essere iniziato anche molto tempo prima. La malattia che ha portato al decesso può riflettere a sua volta l'esposizione a fattori di rischio avvenuta anche molti anni prima. Quindi, tra i fattori che influenzano lo sviluppo delle diverse forme morbose, la mortalità rischia di riflettere in misura maggiore quelli che hanno agito nel passato, rispetto a quelli che stanno agendo nel presente;
- molteplicità delle cause di morte: nella tabulazione dei dati di mortalità per ogni soggetto viene identificata una singola causa di morte. In realtà, soprattutto nella popolazione anziana, sono molteplici le cause che concorrono a provocare l'evento morte, per cui l'identificazione della "causa iniziale" può risultare in qualche misura arbitraria, o, comunque, riflettere con difficoltà il complesso dei fenomeni morbosi che hanno portato al decesso.

Attualmente in Italia la rilevazione delle cause di morte è regolata dal DPR 285/90 ("Regolamento di Polizia Mortuaria") il quale stabilisce che una copia della scheda delle cause di morte, su modulo prestabilito dall'Istat e dal Ministero della Salute, debba essere compilata dal medico curante, medico ospedaliero o medico di continuità assistenziale in ogni caso di morte di suo assistito (utente), e debba essere inviata, tramite il Comune di decesso, all'Azienda USL di riferimento e da questa, se del caso, alla Azienda USL di residenza.
Fin dai primi anni '90 molte regioni hanno curato, insieme alle ASL, la rilevazione dei dati di mortalità dei propri residenti, istituendo un apposito Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM).
Attualmente i RENCAM sono collegati ai Registri Tumori e ad altri registri di Patologia, la cui gestione è stata affidata perlopiù a strutture centrali della Regione (dipartimenti o servizi salute) con la collaborazione spesso di dipartimenti universitari.
I dati di mortalità provenienti dalle Anagrafi Comunali dei comuni, sono incrociati con quelli forniti dall'ISTAT e con quelli ottenuti dalle ASL attraverso le schede di morte.

Progetto di massima

Prima di ogni azione la Regione Marche (Servizio Salute) dovrebbe dare incarico di effettuare una 'ricognizione' presso ciascuna Zona Territoriale ASUR dello stato della rilevazione ed archiviazione dei certificati di causa di morte ISTAT, e individuare i responsabili in sede locale.

La Regione da istruzioni alle Zone Territoriali ASUR per la tenuta dei Registri Aziendali di Mortalità, sia per quanto riguarda la raccolta delle schede cartacee che per la collaborazione alla codifica delle cause di morte.

Con dispositivo legislativo regionale verrà istituito il Registro Regionale Nominativo delle Cause di Morte delle Marche (RENCAM) che verrà alimentato da una copia informatizzata dei dati presenti negli archivi presso le Zone Territoriali ASUR della Regione e conterrà i dati di mortalità regionali disponibili e da una copia fotostatica della Scheda Istat.
La Regione si adopererà per attivare una convenzione con ISTAT che mette a disposizione il proprio lavoro di codifica delle cause di morte (mediante un programma software sviluppato da Istat nazionale e mediante codificatori) per la gestione dei dati che ne permetterà inoltre il controllo di qualità secondo standard prefissati (completezza degli archivi, assenza di record doppi, completezza dei singoli record, coerenza delle informazioni: date, residenza sesso, cause di morte, ecc.).
Eventuali Registri di morte aziendali o provinciali o di area, confluiranno nel RENCAM.
La gestione del Registro Nominativo delle Cause di Morte (RENCAM) sarà affidata alla Rete Epidemiologica delle Marche, coordinata dall'Osservatorio Epidemiologico regionale; la rete si occuperà di gestire il registro in

- sede regionale
- o in alternativa presso una unità operativa di Epidemiologia di una zona territoriale o struttura sovrazonale.

A partire dall'anno 2003 il flusso informativo relativo alle schede di morte dovrebbe essere rivisto; l'innovazione fondamentale consisterà nell'inserimento di parte delle informazioni riportate sulle schede di morte in un sistema di archiviazione elettronica già a livello di Zona Territoriale ASUR. In tal modo si dovrebbe già configurare un primo controllo di qualità delle informazioni anagrafiche indicate sul certificato di decesso, ed in particolare un controllo di congruenza con quelle disponibili nell'archivio dell'anagrafe degli assistibili. E' previsto quindi che la Zona Territoriale ASUR provveda ad effettuare l'invio dell'archivio informatizzato dei dati anagrafici dei deceduti nell'area di sua competenza alla Regione mediante una procedura controllata e personalizzata. Tale invio avviene a scadenze prestabilite:
entro il 30 aprile quello contenente i dati del 1° trimestre dell'anno in corso;
entro il 31 luglio quello contenente i dati del 2° trimestre dell'anno in corso nonché le eventuali integrazioni, modificazioni e correzioni dei dati del 1° trimestre;

1. entro il 31 ottobre quello contenente i dati del 3° trimestre dell'anno in corso nonché le eventuali integrazioni, modificazioni e correzioni dei dati del 1° e del 2° trimestre;
2. entro il 31 gennaio, dell'anno successivo a quello di riferimento, quello contenente i dati del 4° trimestre dell'anno in corso nonché le eventuali integrazioni, modificazioni e correzioni dei dati del 1°, 2° e 3° trimestre;
3. entro il 10 marzo, dell'anno successivo a quello di riferimento, le eventuali integrazioni, modificazioni e correzioni dei dati del 1°, 2°, 3° e 4° trimestre.

In occasione di ciascuno dei primi 2 invii è possibile inviare le eventuali integrazioni, modificazioni e correzioni dei dati relativi ai soli decessi avvenuti nelle Marche nell'anno precedente a quello di riferimento. In occasione di ciascuno dei 5 invii è possibile inviare le eventuali integrazioni, modificazioni e correzioni dei dati relativi ai decessi avvenuti fuori Marche in qualsiasi anno precedente a quello di riferimento.
Parallelamente all'invio dei informatizzati deve essere effettuato un invio, mediante plico sigillato, delle copie fotostatiche delle relative schede cartacee di decesso al RENCAM che dovrà gestire la scansione e conservazione in formato digitale dei dati sanitari sulle cause di morte ivi riportate. Le copie cartacee devono esser inviate con chiave identificativa che include l'anno di decesso, il codice della Zone Territoriali ASUR inviante (cioè quella dove è avvenuto il decesso) e il numero progressivo di immissione. Il RENCAM una volta acquisiti gli archivi dalle Zone Territoriali ASUR procede ad un controllo di qualità e invia, a distanza di 1 mese dalla ricezione, le richieste di chiarimenti per l'eventuale presenza di errori o di dati mancanti.

Il lavoro complessivamente coinvolge diversi attori che sono:

* MMG, guardia medica, medici ospedalieri
❖ compilazione scheda Istat ❖ invio a comune di decesso ❖ formazione
* ISP locale FASE 1-2
❖ acquisizione e invio fotocopie schede Istat a RENCAM ❖ controllo qualità scheda ❖ formazione MMG-GM-OSP (per compilazione corretta)
* Rem (unità operativa di epidemiologia zonale) FASI 2-7
❖ controllo qualità scheda ed eventuale contatto con il medico codificatore per chiarimenti e trasmissione modiche scheda ad ISTAT ❖ controllo completezza schede (confronto anagrafi comunali) ❖ indicizzazione (codici nosologici per ogni patologia riportata in scheda) ❖ compilazione scheda al computer e invio al RENCAM ❖ invio (tramite corriere) 1 volta a trimestre delle copie delle schede ❖ collaborazione progetti di studio con mortalità generale e specifica ❖ ritorno dati ai medici notificatori (MMG, GM, Ospedalieri, ecc.)
* Rencam FASI 8,11,12
❖ invio file mortalità ad ISTAT ❖ ricezione file con codifiche cause di morte da iSTAT ❖ elaborazione reportistica e degli indicatori epidemiologici ❖ comunicazione (reportistica semestrale e annuale ai nodi Rem, Sisp e MMG) ❖ formazione REM e SISP delle ZT (controllo qualità), MMG (per compilazione corretta), ecc. ❖ collaborazione progetti di studio con mortalità generale e specifica
* ISTAT FASI 9-10
❖ codifica causa principale di morte
* Università, strutture specialistiche REM, altri
❖ collaborazione a progetti di studio con mortalità generale e specifica (record linkage con Registro Tumori MC, registro Mesoteliomi, registro Tumori Infantili, registro regionale Diabete mellito, ecc.) ❖ collaborazione a elaborazione Report regionale 'Mortalità' ❖ formazione REM e SISP delle ZT (controllo qualità), Medici Ospedalieri, MMG (per compilazione corretta), ecc. ❖ collaborazione Servizio Statistica della Regione Marche (per spazio nel sito web SISTAR)

Le schede che il RENCAM regionale marchigiano riceverà ogni anno (tenuto conto del tasso di mortalità grezzo dell'anno 2002 di 1023,912 x 100.000 abitanti) saranno circa 15.000 (nel 2002 i decessi sono stati 15.132), considerando anche i non marchigiani deceduti nelle Marche (200 circa)(vd. Tab. 1).

Tabella 1

Dati di Mortalità				Maschi			Femmine			Totali		
Anno	Regione	Patologia	Classi	Decessi	Pop	Tasso	Decessi	Pop	Tasso	Decessi	Pop	Tasso
2002	Marche	tutte	Tutte	7591	717903	1057,39	7541	759959	992,29	15132	1477862	1023,912

Fonte: ISS - LA MORTALITA' PER CAUSA IN ITALIA: 1980-2002

Il materiale, previo controllo di completezza, verrà esaminato dal codificatore ISTAT delle cause di morte che per tale operazione utilizza le regole della Classificazione Internazionale delle Malattie, dei Traumatismi e delle Cause di Morte (ICD, X revisione) pubblicata dall'OMS, adottata in tutto il mondo e tradotta in italiano dall'ISTAT. Inoltre il codificatore si avvale di un indice aggiuntivo all'ICD-X predisposto dall'ISTAT e delle tavole di decisione ACME (Automated Classification of Medical Entities) del National Center for Health Statistics degli Stati Uniti d'America seguite anche dall'ISTAT. I dati vengono resi definitivi nell'anno successivo a quello di decesso. I dati definitivi vengono messi a disposizione agli operatori identificati nello schema precedente.

Le attività previste dalla procedura proposta sono ordinabili secondo il seguente schema:

	attività (cosa)	**livello**	**competenza**	**responsabile**
1	Ricezione delle schede di morte pervenute alla ZT e fotocopia della scheda con trasmissione della stessa all'UOE	territoriale	amministrativa	SISP delle 13 ZT
2	Controllo delle schede (completezza, ecc.) ricezione fotocopia ed Input su pc dei dati in apposito programma.	territoriale	amministrativa	UOE (unità Epid. delle 13 ZT – REM) e SISP
3	Richiesta trimestrale, alle anagrafi comunali, del listato dei deceduti residenti comprensivo del comune di morte	territoriale	amministrativa	UOE (REM)
4	linkage tra le schede di morte pervenute e i listati forniti dalle anagrafe comunali al fine di verificare la completezza della raccolta	territoriale	amministrativa	UOE (REM)
5	Recupero delle schede mancanti, compresi i morti all'estero	territoriale	amministrativa	UOE (REM)
6	attribuzione dei codici nosologici ed eventuale contatto del MMG per chiarimenti. Comunicazione ad ISTAT di eventuali modifiche delle schede.	territoriale	sanitaria	UOE (REM)
7	Invio della fotocopia della scheda e del file informatizzato con i codici nosologici (ogni 3 mesi) al RENCAM	territoriale	Amministrativa	UOE (REM)
8	Ricezione file dalle ZT, controllo di qualità e invio all'ISTAT	centrale	amministrativa	RENCAM (ufficio centrale)
9	codifica delle schede, con applicazione del programma di codifica automatica	Nazionale	sanitaria	ISTAT

	ed invio delle schede non codificate (rigettate dal programma) al medico codificatore.			
10	Codifica della quota di schede rifiutate dal programma (stima 30%)	Nazionale	Sanitaria	ISTAT
11	Scansione delle schede cartacee per archivio	Centrale	Amministrativa	RENCAM
12	Elaborazione dati, produzione indicatori epidemiologici, reportistica e ritorno dati agli operatori (medici notificatori), studi ad hoc	centrale	Sanitaria	RENCAM

Il RENCAM produce e pubblica annualmente i dati di mortalità relativi ai residenti nelle Marche, in genere a distanza di circa uno-due anni rispetto a quello di accadimento che potranno essere diffusi anche il sito Internet della Regione. www.regione.toscana.it/cif/stat/index.shtml.
In questo sito saranno accessibili anche alcune delle principali elaborazioni dei dati di mortalità, quali le Mappe, i Trend, i Tassi e la Mortalità Proporzionale. Sarà inoltre possibile vedere e scaricare le principali presentazioni esposte alle riunioni annuali (convegno) che il Registro di Mortalità terrà periodicamente.
Tutto il lavoro del RENCAM prevede anche l'attivazione di sinergie con le attività di Epidemiologia Ambientale relative al sistema geografico informativo di mortalità dell'Arpam e la predisposizione degli strumenti per un Atlante Comunale di Mortalità.

Risorse

Lo staff comprenderà
- due medici con competenze epidemiologiche (part-time, per 2 gg. settimana/cad.)
- un biostatistico, un data-manager (part-time, 3 gg. settimana/cad)
- un'unità di personale sanitario (infermiere epidemiologo o assistente sanitario) (tempo pieno)
- un amministrativo (tempo pieno).

Saranno inoltre necessari:
- 2-3 locali con arredi ufficio
- 3 pc in rete
- manuali ICD X e ACME
- software per inserimento dati (ISTAT)

Benefici e rischi

Il flusso informativo così prodotto, contiene l'elenco dei deceduti nell'anno e la relativa causa di morte, divisi per singolo comune.
Questa procedura permetterà di produrre statistiche di mortalità regionali, provinciali, zonale e comunali accurate (la disaggregazione, se richiesta, può essere anche sub-comunale prevedendo a priori anche l'inserimento dei dati relativi alla residenza) ed in tempi più brevi rispetto alle elaborazioni centralizzate condotte dall'ISTAT (attualmente ferma al 2003 e con incerto futuro!).
I dati verranno resi definitivi nell'anno successivo a quello del decesso; ad ogni ZT verrà riconsegnata la parte di archivio nominativo che comprende i propri residenti, implementato con le informazioni aggiuntive per qualità e quantità, scaturite dal linkage effettuato (anagrafi comunali, anagrafe regionale).
A distanza di circa due anni dal periodo di accadimento, il RENCAM può produrre e pubblicare i dati riepilogativi di mortalità generale relativi ai residenti nella regione, divisi per cause, per sesso e per classi d'età e riferiti ai singoli comuni o alle singole ZT ed utilizzabili a vari livelli.

Tutte le principali elaborazioni dei dati di mortalità, quali Trend, Tassi, Mortalità Proporzionale, Anni di Vita Potenziali Persi, Mappe, saranno resi disponibili sul sito internet del Registro.
La non attivazione del Registro comporterebbe per la nostra regione la possibile grave perdita (Istat potrebbe non ritornare i dati alle Regioni a partire da quelli dell'anno 2004) di informazioni su un aspetto di salute (esito) che seppur con i limiti espressi nella premessa a tale documento, restano uno degli elementi più importanti per la conoscenza dal punto di vista epidemiologico della popolazione marchigiana.
A ciò si aggiunga l'impossibilità di attivare o di partecipare a studi epidemiologici sui diversi aspetti della salute della comunità, studi che partono necessariamente da esiti certi derivati da dati di mortalità (schede Istat) e morbosità (ricoveri, viste specialistiche, registri di patologie, ecc.).
Inoltre la mancata attivazione del registro di mortalità comporterebbe l'impossibilità di istituire il registro tumori regionale e il supporto alla valutazione degli screening oncologici.

Azioni immediate

1. attivare la convenzione con ISTAT nazionale
2. definizione ed avvio dei lavori di un 'team' permanente su direzione OER per la costruzione del progetto definitivo (allegato alla futura delibera regionale) del RENCAM delle Marche;
3. ricognizione dello stato attuale dei flussi informativi di mortalità nelle Marche e ISTAT;
4. strutturazione di una rete per l'implementazione e l'aggiornamento del Registro di Mortalità locale e centrale tramite software di mortalità specifico.

IL NON PROFIT IN ITALIA E NEL MONDO: UN'ANALISI COMPARATA.

ELENA PESARESI

Assistente Sociale Specialista, volontaria ASUR Marche Zona 7 - CSM Sud, Ancona

Il presente lavoro nasce dalla curiosità di comparare la situazione del non profit italiano con quella di altri paesi nel mondo. Abbiamo fatto riferimento a due indagini condotte dalla Johns Hopkins University nel 1990 e dall'università degli studi di Roma "la Sapienza", dipartimento di economia pubblica, marzo 1998.

Nonostante i dati raccolti risalgono a diversi anni fa, li abbiamo ritenuti necessari per una confronto efficace a livello internazionale, basato sugli stessi parametri.

Parleremo di terzo settore e settore non profit allo stesso modo, utilizzando i due termini come sinonimi, nel significato di insieme di organizzazioni ed enti istituzionalizzati senza finalità di lucro che forniscono servizi educativi, sociali, assistenziali, ricreativi, sportivi, culturali…

Il ***settore non profit*** è formato dalle *organizzazioni che "non distribuiscono a soci o dipendenti gli eventuali profitti che derivano dalla gestione delle loro attività ma al contrario , usano questi profitti per aumentare la quantità e migliorare la qualità dei servizi erogati* [77]*"*.

Organizzazioni non profit sono quelle che :

- Sono formalmente costituite
- Hanno natura giuridica privata
- Non possono distribuire profitti a soci dirigenti
- Si autogovernato, cioè possiedono un certo grado di autonomia
- Sono volontarie nel senso che l'adesione non è obbligatoria.

Dal punto di vista economico le organizzazioni non profit si possono distinguere in due grandi tipologie :

1. Quelle che sono finanziate dalle donazioni che ricevano , possiamo chiamarle ORGANIZZAZIONI REDISTRIBUTIVE ; non creano " valore aggiunto" , non svolgono una vera attività economica ma ridistribuiscono a soggetti bisognosi i denari o il lavoro volontario donati dai cittadini.
2. Quelle che vendono i beni e i servizi di loro creazione; sono le vere imprese che utilizzando alcuni fattori di produzione (lavoro e capitale) forniscono i sevizi da vendere a clienti pubblici e privati.

Inizialmente presenteremo un quadro generale del settore non profit in Italia descrivendo quali sono le caratteristiche:

- Rispetto agli altri Paesi sviluppati, il non profit italiano possiede una vocazione assistenziale, ovvero si rivolge prevalentemente al settore dei servizi sociali, così come accade all'Austria, Francia, Germania, Spagna.
- Per quanto riguarda la distribuzione del personale lavorativo nel terzo settore si ha una principale fonte di occupazione, data da poche grandi organizzazioni e un numero considerevole di piccoli enti che si basano pressoché sul volontariato.
- Le risorse private, come in Spagna e negli Stati Uniti, superano la metà delle entrate complessive, rilevando per l'Italia esiguità di donazioni (3,3%) e una restante parte colmata da contributi provenienti dal settore pubblico.

In secondo luogo parleremo dei modelli di specializzazione settoriale del non profit internazionale facendo riferimento ai 23 paesi al mondo analizzati dall'indagine della Johns Hopkins University.

Distingueremo tre tipi principali di specializzazione del non profit, che prendono il nome dal settore maggiormente diffuso nel paese: il modello sanitario, dei servizi sociali ed educativo.

---

[77] G.P. Barbetta, F. Maggio, *Non Profit, il nuovo volto della società*. 2002

Successivamente mostreremo e commenteremo alcuni dati comparativi riguardanti l'occupazione nel settore non profit, quanti stipendiati e quanti volontari si occupano dell'erogazione di servizi alla persona.

In seguito le forme di finanziamento mostreranno come il non profit riceve le risorse necessarie per operare, vedremo se e quanto lo stato contribuisce al sostentamento del settore non profit. Quando parliamo di stato facciamo riferimento alla pubblica amministrazione, considerando fra i servizi non profit quelli a carattere socio-assistenziale, cioè i cosiddetti servizi di welfare, escludendo i servizi a carattere economico, come i trasporti, l'acqua, il gas… per la cui erogazione le aziende municipalizzate chiedono al cittadino di contribuire in modo tale da coprire mediamente i costi.

Da ultimo tratteremo nello specifico nove Casi-Paese, presentando per ognuno le caratteristiche fondamentali, in breve la storia di ogni paese dove nasce il non profit, l'importanza e gli aiuti economici che lo stato dà a questo settore e la percentuale di occupati che si dedica ai servizi alla persona.

1. IL SETTORE NON PROFIT IN ITALIA

Per dimostrare l'ipotesi che in Italia il settore non profit, rispetto agli altri Paesi Sviluppati, si sia sviluppato più recentemente ed abbia dimensioni piuttosto contenute, possiamo fare riferimento a quattro ordini di fattori:

1. Una prima motivazione è di origine storica, legata al **ruolo centrale dello Stato**, che dal dopoguerra fino agli anni '90 ha erogato direttamente tutti i servizi di welfare (di tipo sociale, educativo, culturale) lasciando poco spazio ai privati, siano essi imprese di lucro che organizzazioni non profit. Nell'ultimo decennio la tendenza dello stato è quella di decentrare ed esternalizzare alcuni servizi in base al principio di **sussidiarietà**, secondo il quale le funzioni vengono attribuite alle autorità territorialmente e funzionalmente più vicine ai cittadini interessati.
2. Per spiegare l'esistenza di organizzazioni non profit con strumenti economici Weisbrod nel 1975 ha teorizzato il "fallimento del governo" . Questa teoria consiste nell'ipotesi secondo cui le decisioni pubbliche vengano prese a maggioranza, facendo prevalere le preferenze dell' "elettore mediano", e lasciando insoddisfatti tutti gli elettori con preferenze diverse. Questa parte della popolazione si rivolgerebbe alle organizzazioni non profit per reperire beni o servizi che il settore pubblico, e neanche il mercato sono in grado di fornirgli.
   Un'ulteriore teoria, che in questa sede mi limito solo ad accennare[78] consiste nel "superamento del paradigma del conflitto" (Salamon 1995), ovvero della competizione tra istituzioni pubbliche e istituzioni non profit. Viene smentito cioè che il settore non profit colmi il vuoto lasciato dalle istituzioni pubbliche, come sosteneva Weisbrod. Tra settore pubblico e non profit si è superato il conflitto per dar luogo a forme di collaborazione e di coinvolgimento: lo Stato si rivolge al terzo settore per erogare servizi in convenzionamento con questo. In Italia questa teoria ha avuto applicazione a partire dagli anni '90 quando si è assistito alla graduale **privatizzazione** dell'ente pubblico, tuttora in atto, consistente nel delegare al non profit l'erogazione di servizi di utilità sociale e per fini solidaristici[79], per conto dello Stato.

3. La **legislazione italiana** sul terzo settore nasce piuttosto **recentemente**, circa un quindicennio fa, prima di cui le organizzazioni non profit non avevano riconoscimenti giuridici da parte dello Stato. Tradizionalmente la normativa non ha offerto forme giuridiche adeguate per lo svolgimento di attività non profit, pertanto queste in alcuni casi sono rimaste confinate nell'informale, nascoste alle rilevazioni statistiche. In Italia il legislatore ha voluto regolamentare il non profit con leggi particolari (non di settore) rivolte ai singoli tipi di organizzazioni: troviamo le organizzazioni non governative (ONG), riconosciute con la legge 49/87; le organizzazioni di volontariato, riconosciute con la legge 266/91; le cooperative sociali, di tipo A

[78] Si veda a proposito Salamon, Sokolowski, Anheier (2000)

[79] Pavolini, *Le nuove politiche sociali*, il Mulino, 2003, pag 189.

e di tipo B (legge 381/91), enti di promozione sociale (legge 383/2000) e le IPAB, con legge 328/2000, più attuale della legge Crispi del 1890.

4. Nella produzione di servizi di welfare in Italia ha avuto un **ruolo centrale** la **famiglia** che storicamente si è fatta carico dei bisogni della persona. In una società agricola e patriarcale, come quella italiana del dopoguerra, la famiglia ruotava attorno alla donna, regina del focolare, che svolgeva quei compiti di cura e assistenza oggi sostituiti dalle istituzioni. In alcune zone d'Italia, soprattutto nel Mezzogiorno tale ruolo permane tuttora, lasciando al settore non profit un ruolo marginale.

   Recentemente per i servizi di assistenza alla persona si sta diffondendo un mercato di lavoro sommerso, formato soprattutto da lavoratori stranieri: non essendo controllati dallo stato, non rientrano nelle statistiche, non hanno legislazione, ma coprono gran parte delle esigenze delle famiglie nel farsi carico alla cura e al sostegno di persone svantaggiate, come ad esempio anziani non autosufficienti, che non trovano posto nelle istituzioni, o vogliono rimanere a casa propria, o reputano un intervento residenziale troppo costoso. Né il settore pubblico né il terzo settore in questi casi riescono a soddisfare le esigenze di tali famiglie, che si rivolgono pertanto all'economia informale. A livello istituzionale si stanno compiendo ora i primi tentativi di regolarizzare questo fenomeno (ad esempio attraverso incentivi per le famiglie che dichiarano di avere una badante in casa), ma non si ha ancora una chiara percezione delle dimensioni del fenomeno.

2. MODELLI DI SPECIALIZZAZIONE SETTORIALE DEL NON PROFIT INTERNAZIONALE

In Italia le amministrazioni pubbliche hanno avuto negli ultimi anni la tendenza a non gestire più direttamente i servizi di welfare nei settori dell'educazione, della sanità e dell'assistenza, ma, delegare al non profit alcuni compiti istituzionali, creando opportunità di crescita e di riconoscimento per l'associazionismo, il volontariato, la cooperazione. Altri paesi sviluppati, invece, si sono rivolti al non profit già da tempo, quindi il personale retribuito che lavora nel terzo settore risulta di gran lunga superiore rispetto al non profit italiano.

Conoscendo le motivazioni che in Italia hanno fatto comparire il settore non profit più recentemente rispetto agli altri paesi europei, facciamo riferimento all'indagine della Johns Hopkins University di Baltimora (USA), su 23 paesi, per visionare alcuni dati.

Per analizzare il fenomeno si è preso in considerazione l'elemento occupazionale, ovvero la percentuale di lavoratori retribuiti e non, nei paesi oggetto di indagine dell'Università Cattolica e dati Istat 2001, Salamon 1999, nel settore non profit. A partire da questi dati si possono comparare le diverse realtà, sia numericamente che a livello qualitativo di concentrazione dell'occupazione.

Occupazione retribuita del nonprofit per settore di attività in alcuni paesi (valori percentuali)

PAESE	Cultura, sport e ricreazione	Istruzione e ricerca	Sanità	Assistenza sociale	Altro
Servizi sociali					
Austria	8,4	8,9	11,6	64,0	7,1
Francia	12,1	20,7	15,5	39,7	12,0
Germania	5,4	11,7	30,6	38,8	13,5
Spagna	11,8	25,1	12,2	31,8	19,1
Italia	11,9	20,3	21,6	27,5	18,6
Sanitario					
Giappone	3,1	22,5	47,1	16,6	10,7
Stati Uniti	7,3	21,5	46,3	13,5	11,4
Olanda	4,1	27,8	41,8	19,2	7,1
Educativo					
Irlanda	6,0	53,7	27,6	4,5	8,2
Gran Bretagna	24,5	41,5	4,3	13,1	16,7
Belgio	4,9	38,8	30,4	13,8	12,0

Fonte: elaborazioni Irs-CRC Università Cattolica su dati Istat, 2001 e Salamon L.M. et al., 1999

Seguendo le fasce orizzontali della tabella a pagina 7, si possono raggruppare diversi paesi in base al tipo di servizi erogati dal non profit.

Troviamo tre modelli principali:

a) Modello di servizio sociale: comprende Austria, Francia, Germania, Spagna, Italia e mostra come l'occupazione del non profit sia maggiormente concentrata ad erogare servizi assistenziali. L'Italia[80] rientra in questo modello per il 27,5% di lavoratori, ma una maggiore occupazione spetta in assoluto all'Austria con il 64%. Troviamo poi la Francia con il 39,7%, la Germania con il 38,8%, la Spagna con il 31,8%. Le motivazioni alla base della concentrazione del non profit nei servizi sociali si possono riscontrare nel principio di sussidiarietà, secondo cui lo Stato delega al non profit l'erogazione di suddetti servizi perché lo ritiene una realtà maggiormente vicina al cittadino ed in grado di assicurargli maggiore protezione sociale.
b) Modello sanitario: accomuna Giappone, Stati Uniti, Olanda; questi paesi concentrano circa la metà dell' occupazione non profit nel sistema sanitario, basato principalmente su iniziativa privata, da cui dipendono i principali servizi ospedalieri. Gli occupati nella sanità sono il 47,1% in Giappone, il 46,3% negli Stati Uniti e il 41,8% in Olanda. Per ordine di importanza questi tre paesi mettono tutti al secondo posto i servizi educativi, rientrando anche nel modello educativo.
c) Modello educativo: consiste nello sviluppo del settore non profit prevalentemente orientato a fornire servizi educativi. Appartengono a questo modello il maggior numero di paesi tra cui Belgio e Irlanda, dove il settore dell'istruzione primaria e secondaria si è sviluppato grazie a istituzioni religiose, di natura cattolica, così some in Sud America[81] (Argentina, Brasile, Messico, Perù); invece in Israele l'educazione è stata diffusa grazie ad istituzioni di religione ebraica. In Gran Bretagna e, si può aggiungere anche negli Stati Uniti il peso educativo spetta invece a istituzioni laiche attive nell'istruzione universitaria. In Irlanda, infine, metà dell'occupazione retribuita è concentrata nel settore dell'educazione e della ricerca.

Secondo Barbetta[82] si possono aggiungere a questi tre grandi modelli, altri due esempi di settori nei quali è concentrato il settore non profit: il tipo di modello culturale e ricreativo accomuna i paesi dell'est europeo, dove esistono numerose organizzazioni sportive e ricreative sorte tanto nel periodo comunista, quanto dalla trasformazione di istituzioni culturali pubbliche in fondazioni di diritto privato. L'ultimo modello preso in considerazione può definirsi bilanciato, ovvero fra tutti i settori del non profit non ce n'è nessuno prevalente sugli altri, quindi lo sviluppo è stato piuttosto omogeneo. Soltanto tre paesi fanno capo a questo bilanciamento: l'Australia, la Colombia e la Finlandia.

Nel grafico sottostante si può notare come nella scala dei paesi con maggiore occupazione nel terzo settore, sia retribuita che non, al primo posto sia collocata l' Olanda, seguita da Irlanda, Belgio, Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania, Francia, Spagna, Giappone, terzultima l'Italia seguita solo dall'America latina. La situazione italiana denota il lavoro volontario come uno tra i contributi più consistenti, pari al 65,4% dell'occupazione nel non profit, più della media europea (49,2%), degli Stati Uniti (52,6%), a meno della Gran Bretagna (71%) e della Francia (95,9%).

---

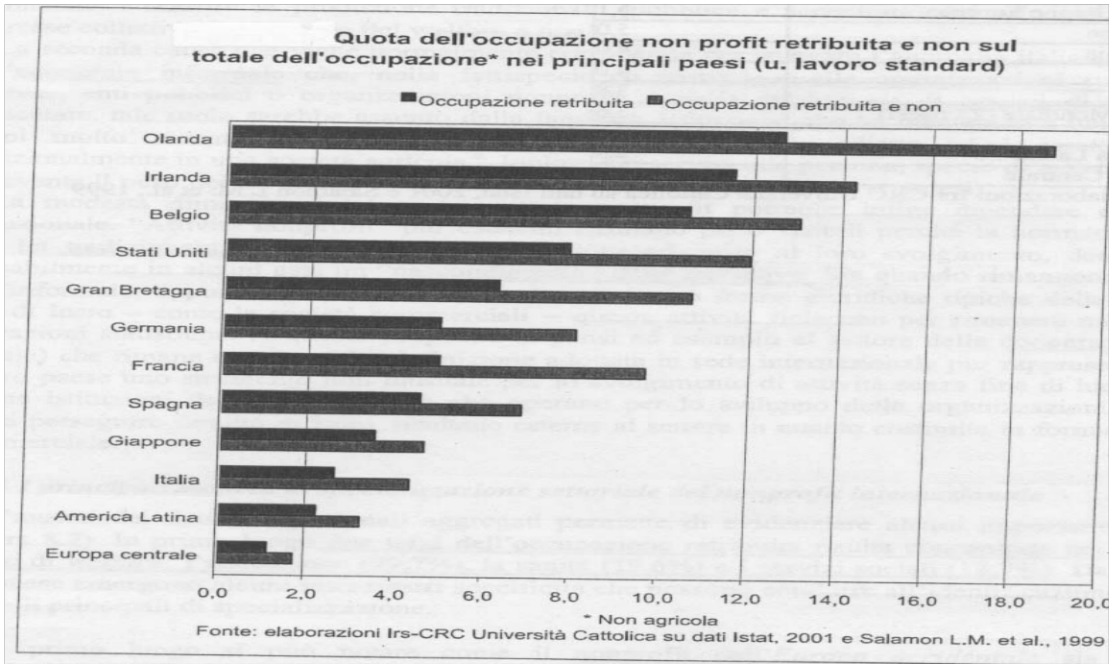
[80] Riguardo l'Italia c'è da fare una precisazione: va sì collocata all'interno del modello di servizio sociale, ma l'occupazione nel terzo settore non esclude altri interventi di welfare, poiché mostra una particolare concentrazione anche nei settori della cultura, sport e ricreazione; istruzione e ricerca, sanità e assistenza sociale. (Barbetta 1996)

[81] In America latina il settore educativo si caratterizza per un finanziamento basato essenzialmente su tasse e quote di iscrizione che possono essere sostenute soprattutto dalle classi sociali più abbienti. (Barbetta 1996)

[82] G.P. Barbetta, *Senza scopo di lucro. Dimensioni economiche, legislazione e politiche nel settore non profit in Italia*, ed. il Mulino, Bologna, 1996, capitolo 8.

3. OCCUPAZIONE NEL SETTORE NON PROFIT: DATI COMPARATIVI.

Il settore non profit è un buon produttore di servizi che gia abbiamo descritto (alla persona,



culturali, artistici, sportivi, di ricerca, ecc) , anche un " creatore di lavoro".

Va osservato che -mentre l'occupazione di molti settori produttivi (industriali) si è ridotta nel corso del tempo- il numero di lavoratori del settore non profit cresciuto nel passato decennio in Italia che nei principali paesi industrializzati.

All'inizio del anni novanta il settore non profit italiano occupava circa 420000 unità di lavoro standard che rappresentavano l'1,8% del totale occupazione nazionale. Non era un livello molto alto se comparato con quello degli altri paesi.

Tab. 8: occupazione nel settore nonprofit

	in % del totale	in % del settore terziario
Stati Uniti	6,8	15,4
Francia	4,2	10,0
Regno Unito	4,0	9,4
Germania	3,7	10,4
Giappone	2,5	8,6
Italia	1,8	5,5
Ungheria	0,8	3,0

Fonte: *Salamon; Anheier, 1994*

Secondo i dati del progetto curato dalla Johns Hopkins in paesi industrializzati l'occupazione del settore non profit è cresciuta ad un ritmo annuo del 4% più che doppio rispetto alla crescita dell'occupazione complessiva entro il sistema economico. Questa crescita viene spiegata dallo sviluppo dell'assistenza sociale che ha generato circa 50% dei nuovi posti di lavoro in questi paesi europei ma … non in Italia.

Italia con il 2,7% dell'occupazione retribuita nel settore non profit è situata al terzultima posizione, seguita solo dall'America latina, tra i paesi considerati.

Nel grafici precedenti, raffiguranti la scala dei paesi con maggiore occupazione nel terzo settore (sia retribuita che non), l'Olanda spicca al primo posto seguita da Irlanda, Belgio, Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania, Francia, Spagna, Giappone.

Numerose sono le ragioni che spiegano queste rilevanti differenze:

-un contesto normativo complessivamente sfavorevole al settore

-una tradizione politica (diffusa tanto a destra e a sinistra)

-il ruolo rilevante della famiglia nella erogazione dei servizi alla persona

-un modello di consumi poco orientato ai servizi

Queste diversità tra l'Italia e gli altri paesi di cui stiamo parlando, si riflettono molto bene nel peso assunto dai diversi comparti entro cui il settore non profit opera. Proprio l'analisi dei settori di intervento- ed il confronto con altri paesi – ci consentirà di iniziare le descrizione delle attività svolte dal settore non profit italiano.

Ne emergerà una grande diversità rispetto ai paesi con un peso occupazionale più elevato (Stati Uniti, Olanda, Irlanda), ma anche una lontananza da paesi – come Gran Bretagna – con un peso occupazionale più vicino al nostro.

Dal punto di vista delle attività svolte, il settore non profit italiano pare essere piuttosto vicino a quello dei nostri partner europei continentali (Francia, Germania e Spagna) , dove il settore presenta un peso relativamente più modesto.

TAB. 1. *Peso dei diversi comparti del settore nonprofit italiano (valori percentuali)*

	Organizzazioni	Lavoratori retribuiti	Volontari	Entrate totali
Cultura, sport e ricreazione	63,41	11,58	50,63	17,39
Istruzione e ricerca	5,26	19,68	3,94	13,49
Sanità	4,37	20,46	9,82	18,81
Assistenza sociale	8,74	27,07	15,74	20,01
Ambiente	1,48	0,46	2,58	0,47
Sviluppo economico e coesione sociale	1,96	5,00	1,10	3,89
Tutela dei diritti e attività politica	3,09	2,14	6,27	2,67
Filantropia e promozione del volontariato	0,56	0,15	1,38	2,06
Cooperazione e solidarietà internazionale	0,65	0,26	1,07	1,15
Religione	2,67	1,93	5,12	2,23
Relazioni sindacali e rappresentanza di interessi	7,07	9,42	1,98	11,09
Altre attività	0,75	1,84	0,37	6,74
Totale settore nonprofit (valore assoluto)	221.412	629.412	3.345.021	37,76 *

* Miliardi di euro.

Fonte: Istat, *Istituzioni nonprofit in Italia*, 2001.

La tabella mostra come le organizzazioni, i lavoratori retribuiti, i volontari e le entrate totali si presentano tra i diversi comparti di attività del settore non profit italiano.

Tra quattro aree di attività (1. cultura ,sport e ricreazione, 2. istruzione e ricerca, 3. sanità, 4. assistenza sociale) il maggiore peso, con 27% dell'occupazione complessiva presenta assistenza sociale. Questo presenta che il settore non profit italiano si è adattato al modello più comune, ovvero quello di "servizio sociale", tra i paesi europei. Anche in altri paesi europei (Austria, Francia, Germana e Spagna) servizi sociale sono il settore prevalente di peso occupazionale.

Un altro settore molto importante quando discutiamo l'occupazione è la sanità . Questo settore in Italia presenta quasi 21% dell' occupazione totale, in sanità contano molto le istituzioni pubbliche specie nelle aree del sud , dove sono meno diffuse e efficienti. In paesi come il Giappone, gli Stati Uniti e L'Olanda, la sanità anche svolge un ruolo importante con la quota dell'occupazione sempre sopra 40% di totale.

Il seguente settore nella tabella che pesa per il 20% dell'occupazione complessiva è l'istruzione e ricerca. Anche in altri paesi il settore dell'educazione conta molto ad esempio come l'Irlanda -53.% , la Gran Bretagna - 41.5%, il Belgio – 38.8% e gli Stati Uniti- 21.5% .

Nel paesi anglosassoni la quota dell'area educativa viene spiegata dalla diffusione delle istituzioni laiche attive nell'istruzione universitaria, mentre in Irlanda e Belgio la spiegazione viene dall'educazione primaria e secondaria tipo confessionale , un fenomeno simile a quello che caratterizza anche l'Italia.

4. MODELLI DI FINANZIAMENTO DEL NON PROFIT

Le attività del settore non profit sono finanziate da un variegato insieme di fonti pubblici e privati.

Ci sono quattro modelli di finanziamento:

- finanziamento privato
- finanziamento pubblico
- filantropia privata
- vendita

Modello del finanziamento privato presentano le organizzazioni non profit in 14 dei 23 paesi considerati che mostra la tabella sopra. In questi paesi la quota maggiore delle risorse viene di fonte privata (escluse le donazioni).

Tabella 8.5. **Entrate per fonte di provenienza nei principali paesi (valori percentuali)**

PAESE	Entrate pubbliche	Entrate private		
		Donazioni	Altre entrate	Totale private
Finanziamento pubblico				
Irlanda	77,2	7,0	15,8	22,8
Belgio	76,8	4,7	18,6	23,2
Germania	64,3	3,4	32,3	35,7
Olanda	59,0	2,7	38,3	41,0
Francia	57,8	7,5	34,6	42,2
Media Unione Europea	53,7	6,8	39,5	46,3
Austria	50,4	6,1	43,5	49,6
Finanziamento privato				
Gran Bretagna	46,7	8,8	44,6	53,3
Giappone	45,2	2,6	52,1	54,8
Media mondiale (23 Paesi)	39,9	10,1	50,0	60,1
Italia	36,6	2,8	60,6	63,4
Europa Centrale	33,3	20,5	46,1	66,6
Spagna	32,1	18,8	49,0	67,9
Stati Uniti	30,5	12,9	56,6	69,5
America Latina	15,3	10,3	74,4	84,7

Fonte: elaborazioni Irs-CRC Università Cattolica su dati Istat, 2001 e Salamon L.M. et al., 1999

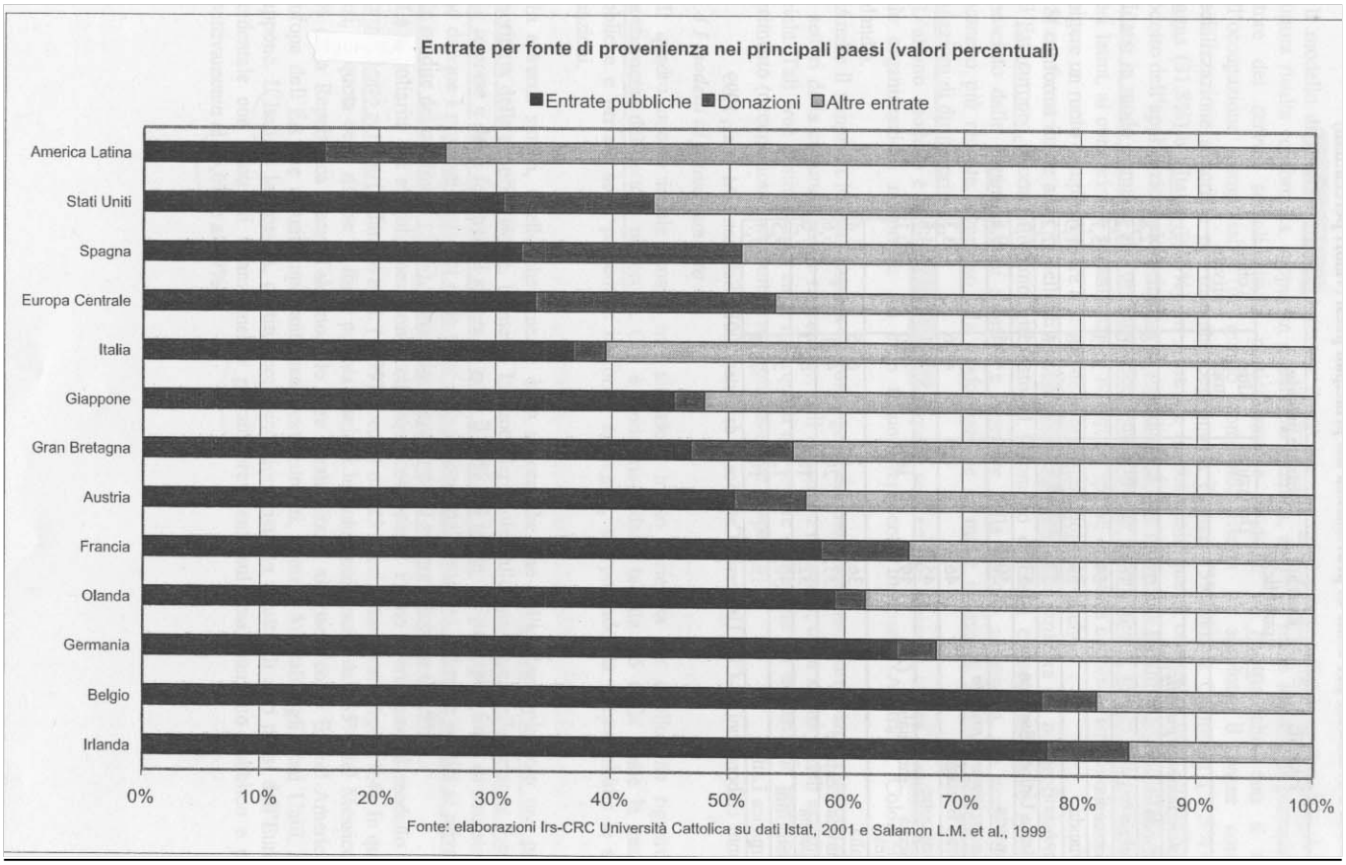
Cominciando dall'85% del Messico tale modello caratterizza paesi come il Sud America e l'Europa dell'Est ma anche alcuni paesi fuori della Europa come l'Australia, gli Stati Uniti (69,5%)e il Giappone (54,8%) , finendo dall'47% della Repubblica Ceca In Italia nel complesso, le entrate di fonte privata hanno sopravvento rispetto a quelle pubbliche (63,,4% contro 36,6%).

Al modello opposto, quello del finanziamento pubblico fanno parte i paesi dell'Europa Occidentale , Israele e Romania. Tale tipo di finanziamento e costituito da contratti e convenzioni oltre che dai trasferimenti pubblici e funziona in tutti i paesi , dove il settore non profit è più sviluppato come L'Irlanda, l'Olanda e Belgio. Si nota che le entrate di fonte pubblica sono molto più alte di quelle private: ciò dimostra la specificità del loro sistema di welfare orientato alla sussidiarietà.

La filantropia privata in alcuni paesi è la principale fonte di risorse finanziarie. Questo fenomeno si può notare nei paesi dell'Europa Centrale dove le donazioni costituiscono 20,5% delle tutte entrate del loro settore non profit. Tale quota alta delle donazioni è stata interpretata come "la tradizione di intervento delle imprese nel finanziamento di servizi a favore dei lavoratori". Anche negli altri paesi che si caratterizzano per il modello di finanziamento privato la quota dei donazioni è alta , la Spagna (18,8%) , gli Stati Uniti (12,9%) , solo la quota italiana di donazioni è bassa, infatti ammonta al 2,8%.

La vendita di beni e servizi è molto sviluppata specie nel settore della cooperazione sociale e rappresenta la seconda fonte di finanziamento del settore con 25% delle entrate totali.

5. CASI-PAESE



I. Germania

Storicamente in Germania già dall'ottocento si sono sviluppate attività di istituzioni private, cui venivano affidati onori ed oneri in base ad accordi a livello locale, nonché la realizzazione di politiche pubbliche nei settori di welfare. Il forte legame del non profit con il settore pubblico tedesco dimostra come il fondamento delle attività senza fini di lucro sia dovuto al principio di solidarietà, che ha permesso un vasto sviluppo delle cooperative e associazioni mutualistiche

Le organizzazioni di terzo settore fanno parte in Germania di un "*universo intermedio*"[83] fra lo stato, il mercato e le reti informali quali la famiglia, il vicinato, le amicizie… Sono ad esempio le organizzazioni non governative, quelle di pubblica utilità, le federazioni, le associazioni di compagnia, le agenzie di volontariato e di auto aiuto.

Il terzo settore tedesco ha un ruolo importante all'interno dell'economia, poiché eroga servizi ai privati prevalentemente nel settore sociale e sanitario. Fra i lavoratori vi sono molte donne impiegate, rispetto agli uomini, e il totale dell'occupazione non profit retribuita ammonta al 4,9% del totale dell'occupazione tedesca, se poi si considera la quota di volontari raggiunge l'8% della popolazione retribuita del paese.

Nel settore dei servizi sociali e della sanità in Germania si riscontra un alto grado di professionalità, una forte cooperazione con il settore pubblico, ma anche una dipendenza economica da questo. Nei campi come lo sport, la cultura e la ricreazione, la cura dell'ambiente e la filantropia, invece, le entrate sono prevalentemente di natura privata, dimostrando una certa indipendenza finanziaria dallo stato.

---

[83]Cit *Il terzo settore in Europa: teorie ed analisi.* Università degli studi di Roma "la Sapienza", dipartimento di economia pubblica, marzo 1998. Pag 45.

Da ultimo i settori come l'educazione, la cooperazione internazionale e lo sviluppo locale si finanziano per metà dallo stato e per metà da risorse di natura commerciale.

In Germania l'evoluzione del settore non profit, ovvero dell' "*universo intermedio*" dimostra una crescita dell'occupazione retribuita e delle spese totali come percentuale del PIL; la tendenza in atto per gli enti non profit è quella di orientarsi maggiormente al mercato piuttosto che a risorse di tipo pubblico, così da diventare maggiormente autonomi.

II. Francia

In Francia il terzo settore prende il nome di "*economia sociale*" ed abbraccia tre tipi di organizzazioni:

- le cooperative: "gruppi di persone che si raggruppano volontariamente al fine di raggiungere obiettivi comuni, costituendo un'impresa gestita democraticamente ed accettando la partecipazione ai rischi ed ai benefici dell'impresa[84]";
- le mutue e le fondazioni: "investimenti definitivi di beni, diritti e risorse allo scopo di perseguire un fine generale e senza scopo di lucro[85]";
- le associazioni: "convenzioni secondo le quali due o più persone riuniscono, in modo permanente, le loro conoscenze ed attività, per un proposito altro dalla divisione dei profitti[86]".

Nel 1980 è stata emanata la "*carta dell'economia sociale*", che contiene i requisiti di un'organizzazione per essere considerata non profit: partecipazione personale e volontaria, solidarietà tra soci, gestione democratica, indipendenza dallo stato, presenza di un consiglio di amministrazione composto da volontari, senza fini di lucro e senza redistribuzione di capitale

La libertà associativa in Francia è stata riconosciuta nel 1864, ma lo sviluppo del terzo settore è avvenuto solo recentemente, con le riforme di Mitterand nella metà degli anni ottanta. Il non profit francese impiega il 4,9% del totale della manodopera retribuita, al pari di Germania, Spagna, Austria. Considerando l'apporto del volontariato al terzo settore la Francia si colloca in una posizione leggermente superiore alla media europea. Riguardo ai settori di maggiore concentrazione di lavoro prevale quello dei servizi sociali, che impiega quasi il 40% dei lavoratori retribuiti, quello dell'educazione e ricerca con il 20,7% e la sanità con il 15,5%. Questi ultimi due settori si caratterizzano per una maggiore professionalità poiché utilizzano le quote più basse di lavoro volontario. Le maggiori risorse provengono dallo Stato (57,8%), seguite dai ricavi dalla vendita di beni e servizi (34,6%) e dalle donazioni (7,5%).

III. Spagna

Le associazioni non profit in Spagna sono cresciute piuttosto recentemente, a causa della presenza della dittatura fino alla metà degli anni '70 che ha soppresso libertà civili ed ha impedito uno spazio d'azione per il settore non profit. Nell' ultimo trentennio ci sono stati cambiamenti notevoli nello sviluppo di forme di associazionismo civile, a fronte di una maggiore libertà d'azione e di una domanda crescente da parte della popolazione.

Fra le principali organizzazioni di terzo settore troviamo le fondazioni, soprattutto nei settori culturale, educativo, assistenziale e di lavoro; associazioni di tipo sportivo, di tempo libero e molto diffuse risultano le associazioni dei vicinati. Le associazioni sono sì molto numerose, ma le loro dimensioni sono modeste; da un sondaggio svolto presso il comune di Barcellona nel 1997 risulta che

---

[84] Dallo statuto generale della cooperazione, 1947, revisionato nel 1992. In "*Il terzo settore in Europa: teorie ed analisi*". Università degli studi di Roma "la Sapienza", dipartimento di economia pubblica, marzo 1998.

[85] Leggi sulle fondazioni del 1987 e 1990. Idem nota 5.

[8686] Legge francese sulle associazioni del 1901, Idem nota 5.

in media ci sono 4 lavoratori per ogni associazione, di cui due a tempo pieno e due a tempo parziale. La media europea, invece, fa ammontare a 40 il numero medio di lavoratori per ciascuna associazione.

In Spagna il 31,8% dei lavoratori retribuiti sono impegnati nel settore dei servizi sociali, il 25,1% nell'istruzione e ricerca. La sanità occupa il 12,2% degli occupati del terzo settore; cultura, sport e ricreazione occupano l'11,8%, sviluppo locale 11,2% e infine attività politica 3,4%. Questi ultimi due settori hanno avuto un peso rilevante soprattutto negli anni della transizione da dittatura a democrazia.

Le forme di finanziamento del terzo settore in Spagna maggiormente diffuse sono le donazioni private, pari al 18,8% del totale delle entrate, una valore che supera la media europea del 6,8%: il non profit spagnolo è molto legato alla commercializzazione dei beni e dei servizi prodotti. Lo stato interviene nel finanziamento del non profit solo per il 32%.

IV. Regno Unito

Nel Regno Unito il terzo settore prende il nome di "*settore di volontariato*" o settore non profit: le principali organizzazioni che operano in questo campo sono le *charity*, che godono di molti privilegi da parte del governo, soprattutto fiscali. Le *charity* sono organizzazioni indipendenti legalmente riconosciute *con propositi e obiettivi di utilità sociale* scritti nell'atto costitutivo.

In Inghilterra e in Galles un'apposita commissione di giudici valuta se un'organizzazione è "di carità" o meno secondo i parametri definiti dalla legge.

Gli obiettivi che si pongono le *charities* sono di quattro tipi: conforto dei poveri, dei disabili e degli anziani; avanzamento dell'educazione, della religione e altri obiettivi a beneficio della comunità, come ad esempio agenzie di servizi sociali, organizzazioni ambientaliste, antirazziste e per la conservazione del territorio.

Esistono nel Regno Unito, oltre alle *charities*, altri tipi di organizzazioni del terzo settore: le associazioni di mutua assicurazione, le cooperative per l' assistenza residenziale e le imprese comunitarie, tipiche delle aree rurali scozzesi.

Nel Regno Unito i lavoratori retribuiti del settore non profit sono il 6,2% della forza lavoro nazionale ed i soggetti che prestano le propria attività in modo volontario sono altrettanto numerosi, una quota che supera i volontari negli altri paesi europei.

Secondo la ricerca della Johns Hopkins University nel Regno Unito le organizzazioni non profit operano particolarmente nell'educazione, cultura e tempo libero (club sociali e di ricreazione) e servizi sociali (soprattutto con funzione di consulenza): questi settori hanno una manodopera pari all'86,6% di quella occupata nel non profit.

Nel campo della sanità, invece, c'è da dire che dopo la seconda guerra mondiale molti ospedali privati non profit si sono convertiti in strutture di proprietà pubblica: ci sono stati grandi cambiamenti che hanno portato ad una situazione in cui la quota dei lavoratori retribuiti ammonta ad uno scarso 4,3%. Nel campo dell'istruzione universitaria, infine, lo stato assicura un supporto economico ai giovani, permettendo a questi di frequentare l'università, e all'ente di funzionare come un organismo privato non profit.

Il finanziamento del non profit inglese è così ripartito: il 46,7% delle entrate provengono da entrate pubbliche, il 44,6% da entrate private e l'8,8% da donazioni.

Secondo alcuni ricercatori[87] il Regno Unito, paragonato al resto d'Europa, è il paese in cui la privatizzazione e l'esternalizzazione del welfare state si trova allo stato più avanzato.

V. Svezia

Il settore non profit svedese mostra piccole dimensioni a causa del forte intervento dello stato nell'erogazione di tutti i servizi sociali necessari alla cittadinanza. Il settore pubblico, infatti, ha un ruolo

---

[87] Kendall e Knapp, in *Il terzo settore in Europa: teorie ed analisi*. Università degli studi di Roma "la Sapienza", dipartimento di economia pubblica, marzo 1998. Pag 66

fondamentale e ci si chiede se il non profit possa sopravvivere in un contesto del genere: la tradizione svedese vuole che siano esistiti alcuni movimenti di masse popolari nell'auto-organizzarsi, pronti a far fronte ad ulteriori richieste sociali.

Le associazioni, le fondazioni e le cooperative sociali godono di esenzioni fiscali solo se vengono qualificate, quindi valutate, come operanti per il bene comune.

L'educazione, la salute ed i servizi sociali vengono erogati dallo stato in maniera universalistica, cioè uguale per tutti, mentre il non profit si rivolge principalmente a movimenti per l'ambiente, movimenti femminili, organizzazioni per immigrati e per portatori di handicap. L'impiego di risorse professionali nel terzo settore è concentrato: nei settori sopra elencatile organizzazioni sono in genere di piccole dimensioni e si servono di numerosi volontari (uno stipendiato ogni tre volontari).

VI. Irlanda

Storicamente in Irlanda lo stato e le organizzazioni non profit sono andati di pari passo erogando ai cittadini servizi sanitari, sociali ed educativi, secondo il principio della *sussidiarietà*. Le organizzazioni non profit irlandesi hanno la caratteristica di essere autonome nell'operare sul territorio, ma allo stesso tempo vengono supportate dallo stato con un notevole sostegno economico, soprattutto nel settore sanitario e dell'istruzione.

Le dimensioni del settore non profit irlandese sono assai elevate: dopo l'Olanda è il paese europeo in cui il terzo settore è più sviluppato: la percentuale della forza lavoro impiegata ammonta all'11,5%: una quota molto ingente se confrontata con altri paesi.

I campi nei quali è maggiormente concentrata la forza lavoro (53,7%) sono soprattutto quello educativo e della ricerca; un 27,6% riguarda la sanità. Gli altri campi, ovvero i servizi sociali, la cultura e lo sviluppo locale, si servono soprattutto di lavoro volontario, all'interno del quale bisogna considerare l'attività sociale svolta dai numerosi enti religiosi. Il finanziamento maggiore del non profit proviene dello stato: il 77,2% sono entrate pubbliche, le più alte in Europa e nel mondo; sono di conseguenza scarse (15,8%) le entrate derivanti dalla commercializzazione di beni e servizi e le donazioni in denaro (7%).

VII. Olanda

La tradizione storica olandese vuole che la classe borghese abbia avuto un ruolo centrale nel paese, grazie al suo spirito di iniziativa privata che ha fatto fronte ad uno stato senza poteri accentrati: la popolazione si è segmentata in gruppi politici e religiosi che hanno fatto nascere molte organizzazioni non profit.

I lavoratori impiegati in questo settore sono il 12,6%, e se si aggiungono i volontari raggiungiamo il 18,7%. La concentrazione maggiore (la più alta anche a livello europeo) opera nella sanità, con il 42% della forza lavoro retribuita, seguita dall'istruzione e ricerca con il 28%, presente nelle scuole di matrice religiosa, più numerose di quelle pubbliche.

Nei servizi sociali, infine, sono impiegati il 19% dei retribuiti mentre nel settore culturale e ricreativo i retribuiti ammontano al 4,1%. La principale fonte di finanziamento del settore non profit riguarda le entrate pubbliche che ammontano al 59%, seguite da entrate commerciali per il 38,3% ed una quota assai scarsa di donazioni (2,7%).

Qualora il lavoro volontario venisse considerato come donazione in natura e venisse sommato alle donazioni monetarie si raggiungerebbe una percentuale discreta, cioè del 24,1% di donazioni destinate al terzo settore.

***

I paesi extraeuropei analizzati dall'indagine della Johns Hopkins University che possiamo confrontare con quelli sopra citati sono soltanto il Giappone e gli Stati Uniti. Per gli altri paesi citati

possediamo solo dati comparativi, ma non riusciamo ad avere un quadro completo circa la storia o le tradizioni di welfare che si sono sviluppate nel resto del mondo.

VIII. Giappone

Il terzo settore giapponese raggruppa le organizzazioni non profit in due grandi tipologie: da un lato le organizzazioni riconosciute e sostenute dal governo centrale e locale che si occupano di erogare servizi di welfare; dall'altro tutti i gruppi minori che si occupano di ambiente, cultura, tutela degli interessi, e cooperazione internazionale che invece non vengono sostenute dallo stato.

Il mondo del privato in questi settori si è auto-organizzato ritenendo che a seguito di calamità naturali l'intervento dello stato sia stato inadeguato nell'affrontare problemi derivanti da disastri ecologici e calamità naturali, terremoti…

La salute è il settore del welfare che impiega il maggior numero di personale retribuito, cioè il 47% dei lavoratori facenti parte del non profit; l'istruzione impiega il 22,5% di tali risorse umane, ed i servizi sanitari il 16,6%.

Il finanziamento principale che riceve il settore del non profit giapponese deriva da entrate provenienti da commercializzazione di beni e servizi prodotti, 52,1%, dopodiché troviamo le entrate pubbliche con il 45,2% e, quasi irrisorie, le entrate provenienti da donazioni private: 2,6%.

IX. Stati Uniti

Secondo Barbetta[88] il settore non profit americano è uno dei più maturi ed autonomi al mondo, sia grazie alla cultura dell'individualismo della classe borghese, sia al forte decentramento dello stato, che ha lasciato molto spazio al settore non profit nella risoluzione di problemi sociali.

Il mondo del privato negli Stati Uniti è molto sviluppato: esistono numerosissime organizzazioni, sia profit che non profit, che portano questo settore a raggiungere elevati livelli di occupazione.

Ricordando che la gestione del servizio sanitario americano–statunitense è affidata ad assicurazioni di tipo privato, risultano impiegati per la sanità il 46,3% dei lavoratori non profit. Per l'istruzione e la ricerca sono impiegati il 21,5% dei lavoratori del terzo settore, operanti in scuole di matrice confessionale, oppure in fondazioni universitarie di prestigio mondiale; infine i servizi sociali occupano il 13,5% degli impiegati.

Il finanziamento principale (56,6%) è di ordine commerciale, cioè derivante dalla vendita di beni o servizi, ricopre il 56,6% delle entrate, mentre il 30,4% proviene da entrate pubbliche e il residuo 12,9% da donazioni private.

Le entrate commerciali sono in crescita, facendo pensare che il non profit si stia avvicinando al mondo delle imprese: questa evoluzione secondo alcuni dovrebbe far riflettere sul mantenimento o meno dei privilegi fiscali di cui godono le organizzazioni non profit.

---

[88] Pag 30, in G.P. Barbetta 1996, coordinamento del progetto presso l 'Istituto per la ricerca sociale del centro di ricerche sulla cooperazione dell'università Cattolica.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AA.VV. *Il terzo settore in Europa: teorie ed analisi*. Università degli studi di Roma "la Sapienza", dipartimento di economia pubblica, marzo 1998.

- Censimento italiano delle organizzazioni non profit, sviluppato nell'ambito del "progetto di ricerca internazionale comparata sulle organizzazioni non profit" nato nel 1990 su iniziativa della Johns Hopkins University di Baltimora (USA).

- G.P. Barbetta 1996, coordinamento del progetto presso l 'Istituto per la ricerca sociale del centro di ricerche sulla cooperazione dell'università Cattolica.

- G.P. Barbetta, F. Maggio, *Non Profit, il nuovo volto della società*. 2002

- Barbetta G.P., *Senza scopo di lucro. Dimensioni economiche, legislazione e politiche nel settore non profit in Italia,* ed. il Mulino, Bologna, 1996.

- Lunaria, indagine condotta nell'estate 1996 su un campione di 60 organizzazioni del terzo settore concentrate soprattutto nel Centro-Nord Italia.

- Pavolini E., *Le nuove politiche sociali. I sistemi di welfare tra istituzioni e società civile*. Il Mulino, Bologna 2003.

- Salamon, paradigma del conflitto, 1995.

- Weisbrod, teoria del fallimento del governo, 1975.

SUL PENSIERO ORGANIZZATIVO: ALCUNE RIFLESSIONI

BICE PREVITERA

Dirigente medico, ASUR Zona 7 - Dipartimento di Prevenzione, Ancona

INTRODUZIONE

Il paradigma prevalente dell'era in cui viviamo oggi è quello relazionale, cosicchè parliamo di ottica di rete. Ma come vi si giunge? Non si può affrontare il tema dell'organizzazione del sistema sanitario attuale senza effettuare un *excursus* sul pensiero organizzativo.
Che cosa vuol dire "pensiero organizzativo"? Per rispondere cominciamo con l'esaminare le parole che formano il titolo. Organizzativo è un aggettivo che deriva dal nome "organizzazione" ed è da questo termine che conviene cominciare il nostro esame.
Notiamo che nel linguaggio comune la parola organizzazione è utilizzata in due modi diversi. Nel primo essa denota un ente sociale fondato sulla divisione del lavoro e delle competenze. Nel secondo uso organizzazione indica invece il modo in cui un dato ente è organizzato.
Ricorrendo al vocabolario della linguistica, si può dire che nel secondo caso il termine organizzazione è usato come una sineddoche, figura retorica che indica l'uso della parte per il tutto: ossia l'aspetto organizzativo di un ente è assunto come sinonimo dell'intero ente.
Veniamo adesso all'espressione «pensiero organizzativo»: ovvero pensiero che riguarda le organizzazioni e la loro organizzazione, nel doppio significato che abbiamo appena visto. Pensiero è qui usato nell'accezione che questa parola ha assunto quando si parla di pensiero politico, di pensiero economico, di pensiero sociologico e così via. Pensiero sta cioè ad indicare un *corpus* di teorie e di dottrine sufficientemente consolidate per connotare una disciplina o materia di studio. Pensiero organizzativo ha tuttavia la particolarità di essere un'espressione relativamente nuova. Finora le espressioni più usate sono state teoria (e/o analisi) organizzativa, sociologia dell'organizzazione, talvolta psicologia dell'organizzazione. Queste espressioni sono accreditate da una lunga storia che qui non è il caso di discutere e si riferiscono a campi disciplinari molto specifici.
L'espressione «pensiero organizzativo» fa invece riferimento a un'area molto vasta di contributi che nascono in campi disciplinari diversi come le teorie manageriali, la teoria di impresa, la microeconomia aziendale e soprattutto la sociologia dell'organizzazione. All'interno di questi contributi è possibile tracciare una distinzione fondamentale: quella tra i contributi prescrittivi, che discutono e propongono modelli reputati ottimali per progettare il modo concreto di organizzare un'organizzazione e i contributi interpretativi, che esaminano le dinamiche sociali osservabili all'interno delle organizzazioni, talvolta anche in rapporto ai modelli che si intende mettere in atto. I primi appartengono in prevalenza alle teorie manageriali e d'impresa, i secondi alla sociologia dell'organizzazione.
La ragion d'essere di un'area disciplinare definita "Pensiero organizzativo" si trova pertanto nel presupposto che non si possono prescrivere modelli organizzativi prescindendo dalla conoscenza critica delle dinamiche sociali esistenti nelle organizzazioni, così come non si può sviluppare una conoscenza critica di quelle dinamiche prescindendo dai modelli prescrittivi a cui le organizzazioni si ispirano o ispirarsi. Momento prescrittivo e momento conoscitivo sono strettamente collegati e si alimentano a vicenda.

I. STORIA DEL PENSIERO ORGANIZZATIVO

Senza avere la pretesa in questa sede di descrivere in maniera esaustiva tutta la storia del pensiero organizzativo, si concentrerà l'attenzione su alcuni suoi aspetti, a cominciare da Herbert Simon.

I.1. Razionalità limitata e decisioni: Herbert Simon e la sua scuola

I.1.1 I tre punti della rivoluzione simoniana

Nei decenni centrali del secolo XX il funzionalismo è stato il paradigma predominante delle scienze sociali. Il suo predominio non è stato però monolitico. La possibilità di distinguere tra una versione forte e una debole del funzionalismo è già di per sé indicativa del pluralismo delle posizioni interne a quel paradigma. Al di fuori della galassia funzionalista persistevano correnti minoritarie come l'interazionismo simbolico e la fenomenologia, che al declinare del funzionalismo avrebbero poi trovato grande spazio nella ridefinizione delle scienze sociali, con notevoli ripercussioni anche nella teoria organizzativa.
Nel campo del pensiero organizzativo, tuttavia, la maggiore alternativa teorica al funzionalismo è rappresentata fin dagli anni Quaranta da Herbert Simon e dalla sua scuola. Non a caso questa prese il nome di "comportamentista"[89] per sottolineare che il suo oggetto di analisi non sono i fini e le funzioni svolte dalle organizzazioni, bensì i concreti comportamenti umani all'interno delle organizzazioni. La sfida rappresentata da Simon e dalla sua scuola contribuì in modo decisivo al progressivo afflosciarsi del funzionalismo.
Ciò che fa grande Simon è la rivoluzione da lui apportata al modo di concepire le organizzazioni e il comportamento umano al loro interno. Questa rivoluzione può essere sintetizzata in tre punti principali.
Il primo è che per studiare il comportamento umano nelle organizzazioni è sbagliato partire dall'idea stereotipa dell'organizzazione come un organigramma fatto di tante caselline disposte secondo un astratto schema architettonico e dove sono minuziosamente prescritti i ruoli di ciascun dipendente. Le caselle non dicono alcunchè sui comportamenti reali dei soggetti e il ruolo è un concetto troppo grossolano. Anche ammettendo che sia disegnato in modo funzionale dal punto di vista sociale, il ruolo non consente di affermare che chi lo interpreta agisce in modo razionale, ma soltanto che recita una parte che gli è stata assegnata (Simon gioca sul doppio significato di ruolo in una organizzazione formale e di ruolo in una rappresentazione teatrale). Il concetto di ruolo non contiene in sé alcuna indicazione sulla pluralità delle scelte possibili che i singoli soggetti possono prendere continuamente, definendo così il proprio comportamento concreto.
E' necessario invece capovolgere l'ottica. Occorre partire non dall'organizzazione considerata come una struttura che prescrive dei ruoli, ma dagli uomini che agiscono all'interno dell'organizzazione e che vanno visti come dei soggetti che decidono continuamente. E' la decisione l'oggetto fondamentale della conoscenza organizzativa. Ma, per capire il modo in cui si decide e quindi il modo in cui si agisce, occorre assumere come unità di analisi le premesse delle decisioni umane. La premessa della decisione, dice Simon, è un'unità di analisi assai più piccola e più sottile del ruolo, perché «ogni decisione dipende da molte premesse e numerose sono le premesse nella definizione di un solo ruolo» (Simon, 1947, p. 34). Studiare il comportamento di un gruppo umano all'interno di un'organizzazione significa, di conseguenza, vedere l'organizzazione come uno schema che «fornisce a ogni appartenente al gruppo buona parte dell'informazione, delle premesse, degli obiettivi e degli atteggiamenti che influenzano le sue decisioni» (ibidem, p. 14). L'organizzazione è un luogo dove gli uomini decidono secondo una certa programmazione e un certo coordinamento. Bisogna quindi creare uno strumento che consenta di studiare in che modo le informazioni, i vincoli, le procedure e le motivazioni dei singoli soggetti concorrono a formare le decisioni.
Il secondo punto della rivoluzione simoniana è che è sbagliato ritenere, come fa l'economia classica, che l'uomo sia un soggetto perfettamente razionale. Assumere questo postulato significa assumere che l'uomo decida sempre in base a criteri di ottimizzazione dei risultati da conseguire. Ma questo non è

[89] Simon usa «comportamentismo» in polemica con l'approccio funzionalista, ma l'espressione non va intesa nel significato positivistico del termine, che si limita ad esaminare i comportamenti fisici prescindendo dagli aspetti soggettivi degli attori. Comportamento ha per Simon un significato molto più vasto, perché le decisioni umane, che sono l'oggetto privilegiato della sua analisi, presuppongono sempre giudizi di fatto e giudizi di valore: quindi convinzioni, significati e intenzionalità conferite dai soggetti. Il comportamentismo di Simon è molto più vicino alla teoria cognitivista di Festinger che non al comportamentismo (behaviorismo) classico di ispirazione positivista.

vero, perché l'uomo dispone di una razionalità limitata. I limiti oggettivi della conoscenza, l'impossibilità di prevedere tutte le conseguenze, l'incapacità di considerare contemporaneamente troppe variabili, l'incertezza interna a ogni gerarchia delle preferenze, la disposizione mentale e le convinzioni dovute alla formazione culturale e, infine, i più vari condizionamenti sociali fanno sì che, nella stragrande maggioranza dei casi, le decisioni vengano prese non secondo il criterio astratto della massima efficienza, ma secondo un criterio molto più concreto di sufficienza, di soddisfazione minimale. Scrive Simon: La scelta dell'alternativa ottimale richiede processi estremamente più complessi dei processi ordinari per la scelta di un'alternativa soddisfacente. Si pensi, per fare un esempio, alla differenza che esiste tra frugare in un mucchio di fieno per trovare l'ago più aguzzo e frugare nello stesso mucchio di fieno per trovare un ago aguzzo abbastanza perché ci si possa cucire (March e Simon, 1958, p. 176).
Infine il terzo punto della rivoluzione simoniana consiste nel riprendere il modello proposto da Barnard sull'equilibrio tra incentivi e contributi come principio generale di funzionamento di un'organizzazione e nel rileggerlo alla luce dei due punti precedenti. L'equilibrio tra incentivi e contributi appare così come la risultante nel tempo di un complesso albero di decisioni tutte limitatamente razionali. Esse riguardano non soltanto il flusso delle attività interne all'organizzazione e le procedure che regolano quei flussi, ma anche le scelte che gli individui compiono in rapporto all'organizzazione: obbedire ai comandi di un'altra persona, conformarsi a procedure impersonali sono comportamenti che non discendono automaticamente da un ruolo, ma sono il frutto di decisioni o di una serie di decisioni in cui il soggetto mette a confronto i contributi che è disposto a dare e gli incentivi materiali e morali che si attende di ricevere. In questa prospettiva le forme e l'intensità dell'identificazione dei soggetti con l'organizzazione complessiva o con sue sub-unità diventa un oggetto centrale dell'analisi (Mercurio-Testa, 2000).

I.1.2 Giudizi di fatto e giudizi di valore. Il continuum mezzi-fini

Lo studio del comportamento organizzativo equivale quindi per Simon ad una analisi delle decisioni. Il primo passo di questa analisi consiste nel distinguere due grandi categorie di giudizi, i giudizi di fatto e i giudizi di valore.
I giudizi di fatto, dice Simon ispirandosi al positivismo logico[90], sono «descrizioni del mondo sensibile e del modo nel quale esso opera». Si tratta quindi di giudizi empirici, di cui è sempre possibile verificare se sono veri o se sono falsi.
I giudizi di valore esprimono invece l'opzione per uno stato di cose ritenuto desiderabile. Essi hanno quindi un valore etico e ottativo (ad esempio la cosa più importante è conseguire la vittoria). A differenza dei giudizi di fatto non è mai possibile qualificare i giudizi di valore come veri o come falsi, perché non esistono mezzi per verificare empiricamente la loro correttezza. I giudizi di valore possono essere solo accettati o rifiutati in base ad altre premesse di valore e non in base a criteri di verificabilità scientifica: scienza ed etica rappresentano per Simon due dimensioni concettualmente distinte dell'agire umano.
Distinguere i giudizi di fatto da quelli di valore è facile in via di principio, ma diventa difficile nell'osservazione concreta dei comportamenti umani, dove i due tipi di giudizi sono sempre compresenti e intrecciati. Questo intreccio appare in modo particolare nelle decisioni. E' vero, dice Simon, che le decisioni descrivono uno stato di cose futuro, che potrà poi risultare vero o falso alla prova dei fatti. Ma le decisioni contengono anche un carattere normativo «in quanto scelgono un futuro stato di cose piuttosto che un altro e dirigono il comportamento verso l'alternativa così prescelta». Questa ambivalenza porta Simon a vedere le decisioni come un processo in cui determinati mezzi vengono scelti per raggiungere determinati fini. L'adeguatezza dei mezzi è oggetto di giudizi di fatto, mentre la desiderabilità del fine è oggetto di giudizi di valore. Prendendo ad esempio un'azione militare, noi possiamo dare un giudizio puramente tecnico sull'efficacia dei mezzi scelti per compiere un attacco a sorpresa, prescindendo da ogni giudizio di valore sulla liceità morale o sull'opportunità politica di quell'attacco. Viceversa, noi possiamo dare un giudizio sulla liceità o sull'opportunità dell'attacco a prescindere dai mezzi tecnici che ne possono garantire il successo ed entriamo allora nella sfera delle

[90] Gli autori a cui Simon si rifa maggiormente sono Charles Morris, Rudolf Carnap e Alfred Ayer.

opzioni morali. Sebbene Simon operi con categorie derivate dal positivismo logico, la sua distinzione tra giudizi di fatto (adeguatezza dei mezzi) e giudizi etici (desiderabilità dei fini) ricorda quella di Weber tra razionalità rispetto allo scopo e razionalità rispetto al valore. Così come in Weber alla razionalità rispetto allo scopo corrisponde la burocrazia, in Simon ai giudizi di fatto corrisponde la scienza dell'amministrazione: in entrambi i casi si prescinde dai giudizi di merito sulle finalità ultime dell'azione (Bonazzi, 1997).
Vi è tuttavia una sostanziale differenza tra Weber e Simon. Weber vede una profonda, ineliminabile tensione tra la razionalità rispetto allo scopo e la razionalità rispetto al valore e la tensione è destinata ad aggravarsi nel mondo moderno, a causa della crescente potenza dei mezzi tecnologici. Simon pone invece in relazione mezzi e fini, quindi giudizi di fatto e giudizi di valore. Nei concreti comportamenti umani esiste sempre un *continuum* mezzi-fini. Uno o più soggetti decidono di compiere un'azione in quanto la giudicano idonea a raggiungere un fine; ma tale fine, a sua volta, è solo un mezzo per raggiungere un fine più ampio o più remoto e questo fine, a sua volta, si colloca in una catena orientata ad altri fini ancora, fino a giungere, almeno teoricamente, a dei fini ultimi.
Un'illustrazione efficace può essere trovata sviluppando l'esempio militare usato da Simon: l'attacco di sorpresa a una trincea avversaria è strumentale per conquistare un fortilizio; la conquista del fortilizio è strumentale per sfondare le linee nemiche; sfondare le linee nemiche è strumentale per obbligare l'avversario alla resa; la resa è strumentale per arrivare a una vittoria sancita da un trattato di pace; la vittoria è strumentale per rendere più potente il paese per cui si è combattuto... e così via indefinitamente.
Ogni azione ha sempre due facce: è al contempo un fine dell'azione precedente e un mezzo per l'azione successiva. Ne deriva che, in quanto mezzo, essa è soggetta a dei giudizi di fatto sulla sua idoneità a raggiungere un dato fine e, in quanto fine, è soggetta a dei giudizi di valore etico, normativo, politico. Per cogliere l'interezza dei criteri usati nell'incessante albero di scelte che si pone all'agire umano, non è quindi sufficiente limitarsi a considerare i soli giudizi di fatto pertinenti all'efficacia operativa dei mezzi. I giudizi di valore sui fini che si intendono raggiungere (loro significato, opportunità, liceità, conseguenze, etc.) non possono essere estromessi da un modello che intenda comprendere il modo in cui gli uomini concretamente decidono ed agiscono. Se si applicano queste conclusioni ai comportamenti umani nelle organizzazioni, ne deriva che la scienza dell'amministrazione, per quanto necessaria, non è sufficiente da sola, perché si limita a studiare i metodi ottimali per raggiungere determinati obiettivi, ma non dice alcunchè sul motivo per il quale gli uomini decidono che quegli obiettivi sono desiderabili. Se si vogliono studiare questi aspetti bisogna passare da una scienza dell'amministrazione ad una sociologia dell'organizzazione.

I.1.3 I limiti della razionalità umana

Il *continuum* mezzi-fini definisce, dunque, il campo del comportamento umano, sia individuale che organizzativo. Il fatto che gli uomini agiscano in una catena tendenzialmente ininterrotta dove ogni azione serve a prepararne un'altra fornisce in linea di principio integrazione e coerenza al comportamento umano e consente di affermare che tale comportamento è orientato da un principio di razionalità. Simon la definisce come «la selezione di alternative di comportamenti preferiti in rapporto ad un sistema di valori in base al quale sia possibile valutare le conseguenze del comportamento» (1947, p. 137). Ma si tratta di una razionalità limitata. In contrasto con la teoria economica classica che postula un uomo perfettamente razionale, informato su tutte le possibili scelte, dotato di un sistema di preferenze sicure, Simon analizza in profondità le cause e le condizioni che limitano la razionalità delle decisioni umane. Per comodità espositiva possiamo individuare cinque distinti ordini di fattori.
In primo luogo, nota Simon, raramente la catena mezzi-fini è completa. La struttura dei movimenti consci costituisce generalmente un intreccio confuso e, quanto più il fine è remoto, tanto più debole diventa l'integrazione tra le varie azioni. Questo limite vale sia per i singoli soggetti che per le organizzazioni. Spesso la connessione tra le attività quotidiane e i fini ultimi sfugge o è mutevole. Talvolta la mancata connessione è dovuta al rifiuto o all'incapacità da parte dei capi dell'organizzazione di decidere su questioni politiche scottanti. La razionalità illumina così solo un segmento del *continuum*,

che poi si perde nell'ombra del non detto, dell'ambiguo, del non ancora deciso. Ci si trova a lavorare su programmi limitati e definiti da obiettivi intermedi e si evita di porsi l'inquietante questione della loro ragion d'essere complessiva. Spesso si conosce tutto su una data procedura, ma si ignora in quale più vasto *continuum* si inserisca. Questa ignoranza non riguarda solo i dipendenti collocati in mansioni sminuzzate e ripetitive; essa riguarda anche i superiori gerarchici, ai quali di norma è presente una concatenazione mezzi-fini più ampia rispetto ai loro dipendenti, ma pur sempre limitata. Il limite trova le sue radici non tanto nella divisione del lavoro, quanto nell'impossibilità umana di pervenire a una consapevolezza totale del *continuum* mezzi-fini.

Un secondo fattore che limita la razionalità umana riguarda la scelta dei mezzi. La mente umana può tenere presente solo una rosa ristretta di alternative e, spesso, si è portati a scegliere una data via escludendo a priori un esame più ampio. Questa predisposizione può essere causata dalla resistenza ad apprendere nuove strade, dal ricordo di successi precedenti che si spera di ripetere, da convinzioni radicate: «ciò che una persona vuole e ama influenza ciò che la persona vede e ciò che vede influenza ciò che vuole e ama» scrive Simon (1958, p. 189)[91].

Un terzo fattore sta nell'impossibilità di separare completamente i mezzi dai fini, perché la scelta dei mezzi non è alcuna volta neutrale rispetto ai fini che gli uomini si propongono. A ben guardare, il *continuum* in cui si collocano mezzi e fini rende del tutto opinabile una loro rigida distinzione. L'economia classica, ad esempio, sostiene che l'imprenditore agisca a scopo di guadagno. Ma nulla vieta di invertire il rapporto e di vedere il fine dell'imprenditore nel fatto in sé di agire: in tal modo il guadagno diventa per lui solo un mezzo per poter continuare l'attività. Questo semplice capovolgimento di prospettiva consente di comprendere la logica di alcune scelte imprenditoriali che sfuggono agli schemi classici.

Un quarto fattore consiste nel fatto che non è possibile conoscere a priori tutte le conseguenze di una scelta e fare una gerarchia sicura delle preferenze. Per sopperire a questo limite si elaborano previsioni probabilistiche, basate sull'esperienza passata e si assumono degli obiettivi intermedi come sufficientemente preferibili, ma si lascia nell'ambiguità e nel silenzio il giudizio sulle possibili gerarchie di preferenze più remote. Si ha ad esempio una sufficiente consapevolezza che costruire una fabbrica in una data località produrrà determinati effetti sull'occupazione e sul reddito, ma si lasciano nell'indeterminato gli effetti sull'equilibrio ecologico. Limitare l'analisi a un certo punto della catena delle conseguenze appare d'altra parte come una condizione indispensabile per poter prendere una decisione.

Infine un quinto fattore che influenza i limiti della razionalità consiste nel fatto che soprattutto nelle organizzazioni le decisioni raramente sono individuali, esprimono bensì comportamenti di gruppo. Le decisioni possono quindi essere prese in una situazione cooperativa, che si ha quando i membri del gruppo condividono gli obiettivi e si scambiano le informazioni, dando luogo ad un lavoro di *équipe*. Oppure le decisioni possono essere prese in una situazione di competizione e di conflitto, che si ha quando i soggetti mutano il proprio comportamento in relazione alle mosse dell'avversario (nella realtà la situazione più frequente è un intreccio di collaborazione e di competizione). In ogni caso, quanto maggiore è il gruppo dei partecipanti reali alla decisione, tanto maggiore è la probabilità che si giunga a dei compromessi e a degli aggiustamenti tra le varie convinzioni e i vari interessi in gioco: di qui l'importanza dello studio delle coalizioni e delle loro dinamiche.

Tutti questi fattori non annullano la razionalità, che rimane un ideale dell'azione umana. Ma si tratta sempre di una razionalità limitata e questo riconoscimento porta Simon a due prime conclusioni fondamentali. La prima è che le decisioni vanno viste non come atti istantanei e unitari, ma come processi in cui fini e mezzi vengono scelti e confrontati strada facendo. La seconda conclusione è che solo in casi eccezionali le decisioni vengono assunte seguendo il criterio dell'efficienza ottimale; nella normalità dei casi gli uomini si accontentano di soluzioni soddisfacenti, dove la preferibilità di una soluzione rispetto ad un'altra è sempre soltanto relativa e rivedibile.

---

[91] Nell'introduzione del 1957 alla seconda edizione de *Il comportamento amministrativo*, Simon afferma che con il passare degli anni si è accentuata la sua inclinazione a sottolineare l'importanza dei fattori cognitivi per la spiegazione dei comportamenti umani. Per un'esposizione classica della teoria cognitivista cfr. L. Festinger (1957).

I.1.4 Le strutture organizzative: decisioni programmate, autorità, influenza

Il fatto che la razionalità umana sia limitata costituisce la premessa che spiega perché gli uomini costruiscono delle organizzazioni. Se non ci fossero limiti alla razionalità, osserva Simon, non potrebbe esserci una struttura organizzativa stabile (March e Simon, 1958, p. 214); d'altra parte «i modelli di comportamento che noi chiamiamo organizzazioni sono essenziali per il raggiungimento della razionalità in senso lato» (Simon, 1947, p. 171).
L'idea che l'organizzazione sia un correttivo dei limiti umani era già stata intuita da Taylor, che però aveva indicato unicamente i limiti morali dell'uomo: se gli uomini non fossero pigri e inaffidabili per natura, egli argomentava, non ci sarebbe bisogno di organizzare controlli stretti del modo in cui essi lavorano. Il *management* scientifico era per Taylor lo strumento più efficace per ottenere quelle prestazioni che la natura umana, lasciata a se stessa, rifiuterebbe di fornire. La connessione tra i limiti umani e la necessità di ricorrere alla cooperazione organizzata trova tuttavia una teorizzazione esplicita solo con Barnard. Gli uomini hanno limiti fisici, psichici, culturali che impediscono loro di perseguire degli obiettivi complessi. Per spostare più in avanti questi limiti, gli uomini devono creare dei sistemi di cooperazione dotati di un efficace equilibrio tra i contributi richiesti e gli incentivi offerti (Mercurio-Testa, 2000).
Simon riprende la tesi di Barnard, ma la sviluppa soprattutto sul versante dei limiti della razionalità nelle decisioni. Le organizzazioni offrono il modo più efficace per integrare e coordinare il comportamento umano mantenendo la razionalità a un livello alto. Ma le organizzazioni non si limitano a raggruppare gli uomini, affidando a ciascuno un compito nel raggiungere gli obiettivi per cui essi accettano di lavorare. Le organizzazioni sono anche strutture dove gli uomini massimamente elaborano delle decisioni programmate. Ossia: affinché gli uomini possano porsi degli obiettivi complessi non basta che lavorino in gruppo; occorre anche che non siano costretti a prendere decisioni nuove per ogni singolo atto che compiono, ma che possano ricorrere a sequenze dì decisioni prestabilite in base ad esperienza e a calcoli (ad esempio azionare una macchina in base a istruzioni, ma anche dare il via alla fabbricazione di un nuovo prodotto secondo procedure consolidate, una volta che sia stata decisa la sua produzione). In tal modo diventa sufficiente decidere all'inizio quale programma attivare, tenendo conto che esistono anche delle regole che determinano il passaggio da un programma all'altro e delle procedure per sviluppare, istituire e rivedere i programmi. Naturalmente gli uomini devono talvolta prendere anche delle decisioni non programmate o, più precisamente, delle decisioni con gradi decrescenti di programmazione interna, fino al caso estremo di decisioni totalmente esplorative di fronte a situazioni del tutto sconosciute o eccezionalmente complesse. In genere, però, gli uomini trovano nelle organizzazioni un repertorio di programmi già esistenti che danno le informazioni sufficienti per stabilire quanto meno i criteri minimali sulle decisioni da prendere (Bonazzi, 1997).
Ma le decisioni programmate non si limitano a dare schemi per eseguire i lavori materialmente richiesti dentro l'organizzazione. Esse servono anche ad assorbire l'incertezza. Vi è incertezza quando non si hanno prove sicure sulla validità e l'attendibilità di una serie di dati: ad esempio un andamento di mercato, un'improvvisa lievitazione di costi, un guasto di cui è impossibile fare rapidamente la diagnosi.
In questi casi un comportamento volto a massimizzare la certezza imporrebbe di sospendere la decisione fino all'accertamento di tutti i fattori che sono all'origine dell'anomalia. Ma, il più delle volte, un'esplorazione completa non è possibile perché imporrebbe costi e ritardi intollerabili. Si conviene allora di decidere in base ad alcuni indicatori che stanno al posto delle prove certe, ma ai quali i calcoli e le esperienze precedenti conferiscono un grado accettabile di probabilità. Questo è un tipico esempio di razionalità limitata. Scrive Simon: «il comportamento razionale esige modelli semplificati che includano gli elementi essenziali del problema senza rifletterne tutta la complessità» (March e Simon, 1958, p. 212).
Da ciò derivano alcune importanti conseguenze per il comportamento umano: si decide cercando una soluzione soddisfacente e non una soluzione ottimale; si decide man mano che si procede, affrontando un problema alla volta; si decide scegliendo di norma dei programmi d'azione già disponibili nel repertorio dell'organizzazione; infine il programma d'azione prescelto viene eseguito in semi-indipendenza da altri programmi. La limitata interconnessione delle varie parti è un requisito essenziale per il funzionamento di un'organizzazione. Se tutto fosse rigidamente interconnesso, ne deriverebbe

una complessità tale da bloccare le attività. Anche il coordinamento organizzativo quindi, per quanto necessario, non può superare il limite in cui si trasforma in rigidità.
Ma su quali meccanismi gli uomini all'interno di un'organizzazione decidono di attivare determinati programmi di azione? La risposta si trova nella struttura gerarchica delle organizzazioni: gli uomini, entrando in un'organizzazione, sono già soggettivamente disposti a conformarsi a delle direttive provenienti dai loro superiori.
Simon introduce tuttavia una distinzione importante tra autorità ed influenza. Generalmente si ritiene che gli uomini obbediscano in base al principio di autorità. L'autorità, obietta però Simon, riguarda solo una piccola parte dei comportamenti umani: quelli in cui l'uomo accetta di conformarsi agli ordini «mettendo a riposo» le sue facoltà critiche. Per vari motivi personali o strutturali egli accetta cioè di obbedire, rinunciando o prescindendo dal proprio giudizio di merito sulla correttezza, liceità, opportunità del programma di azione che si appresta ad eseguire. Esiste invece un'area molto più vasta di comportamenti umani che sono regolati dal principio di influenza piuttosto che da quello di autorità. La decisione di agire viene cioè presa in base a un convincimento: chi agisce è d'accordo - almeno a grandi linee - con chi comanda sul merito delle cose che gli viene detto di compiere.
Possiamo così distinguere in linea di massima tra: a) ordini eseguiti sospendendo le proprie facoltà critiche; b) ordini eseguiti in base al convincimento che sono opportuni perché si ha deferenza o stima nei confronti di chi li emana ("se egli lo afferma vuol dire che è giusto"); c) ordini eseguiti perché si è autonomamente convinti della loro opportunità di merito. La distinzione è importante per comprendere tra le altre cose il grado più o meno autoritario o democratico-partecipativo di un'organizzazione.
Naturalmente questi tre differenti tipi si pongono lungo un *continuum* con infinite gradazioni intermedie (Mercurio-Testa, 2000).

I.1.5 L'equilibrio nell'organizzazione e la decisione di partecipare

L'esistenza di qualsiasi organizzazione è resa possibile dall'equilibrio tra i contributi forniti dai singoli partecipanti e gli incentivi che essi ricevono in cambio, postula Simon riprendendo la tesi di Barnard. Il postulato prevede che ogni partecipante decide di restare finché gli incentivi ricevuti hanno per lui un valore pari o superiore al valore che egli conferisce ai contributi richiestigli. I contributi di tutti i partecipanti costituiscono la fonte da cui l'organizzazione trae gli incentivi da offrire ai partecipanti stessi. L'organizzazione è quindi «solvibile» solo finché la somma dei contributi raccolti è sufficiente a fornire gli incentivi ai membri da cui si richiedono i contributi (1958, pp. 108-9).
In questa forma generale e astratta il modello rasenta la tautologia, ammette Simon. Ma, non appena si entra nell'analisi, ci si accorge che il modello è uno strumento di grande capacità esplicativa. Per apprezzarlo occorre tenere presente che:

a) Solo una parte degli incentivi è di natura materiale (profitti, salari, etc.). Come già sottolineava Barnard, una larga e significativa parte degli incentivi non sono di natura materiale. Sono prestigio, sicurezza, crescita professionale, ma anche benefici più impalpabili come il senso di identità, la familiarità con il luogo, l'equilibrio psichico, etc..
b) La «funzione di utilità», cioè il valore che ogni incentivo materiale o non materiale presenta ai singoli partecipanti, ha un fondamento soggettivo nella struttura delle preferenze individuali. Alcuni apprezzeranno soprattutto il crudo denaro, altri la sicurezza, altri gli onori e il successo, altri il rischio del gioco, altri ancora troveranno la maggiore gratificazione nel dedicarsi altruisticamente ad un fine di utilità sociale collettiva.
c) Il modello ha una capacità di unificazione concettuale estremamente forte. Esso non sussume soltanto il rapporto di lavoro e gli altri rapporti economici di un'impresa (con azionisti, clienti, fornitori, etc.), ma anche qualsiasi rapporto non economico, come ad esempio quelli che scorrono tra le organizzazioni filantropiche o culturali, le chiese e i partiti e i loro partecipanti, fedeli, iscritti, etc....,
d) Il modello sollecita continuamente l'osservatore a porsi nella condizione mentale di concepire l'organizzazione come nulla più che il risultato contingente della partecipazione umana. Le organizzazioni non vanno pensate come una specie di entità metafisiche indipendenti ed esterne all'agire dei loro membri, ma come processi che riescono a durare nel tempo solo finché attraggono e

organizzano con successo i contributi necessari alla loro esistenza. Mutando i contributi, muta l'efficacia nel raggiungere i fini stabiliti e talvolta mutano i fini stessi, in quanto sono stabiliti da membri che partecipano.

Da tutto ciò appare chiaro che lo spessore euristico del modello è tanto maggiore quanto meno viene ridotto ai termini di un meccanico interscambio di utilità materiale. Ciò appare molto chiaramente nell'analisi che Simon svolge dei motivi che inducono un dipendente a rimanere o a lasciare un'azienda e quindi, più in generale, dei fattori che spiegano il tasso di *turnover* nelle aziende (1958, cap. 4).

Per dare infine un'idea più ampia delle capacità esplicative del modello accenneremo a tre punti distinti.

Il primo punto riguarda la possibilità che il fine dell'organizzazione sia cambiato. Ciò può avvenire quando la coalizione maggioritaria dei membri che ricoprono ruoli direttivi decide di migliorare il rapporto tra contributi e incentivi (ad esempio avviando attività più remunerative), oppure quando si percepisce che il fine non corrisponde più alle richieste dei clienti. Ma Simon nota anche che la modificazione di un obiettivo è generalmente un compromesso tra gli interessi di più partecipanti e che, di conseguenza, «l'obiettivo organizzativo spesso non coincide esattamente con gli obiettivi personali anche di quei partecipanti il cui interesse all'organizzazione è soprattutto rappresentato dal raggiungimento dei fini organizzativi» (1947, p. 187).

Il secondo punto nasce dalla possibilità di distinguere tra contributi diretti e indiretti all'organizzazione. I contributi sono diretti se i fini dell'organizzazione hanno un valore immediato e personale per i membri che contribuiscono; i contributi sono indiretti se vengono risarciti con ricompense diverse dal raggiungimento del fine organizzativo in sé. La distinzione trova un facile riferimento nelle imprese dove il lavoro svolto dai proprietari è un contributo diretto, mentre il lavoro svolto dai dipendenti è in prevalenza un contributo indiretto. Ma la cosa è meno scontata in caso di contributi diretti da parte dei dipendenti, perché ciò porta a riconoscere che in talune organizzazioni - generalmente non di profitto - i membri traggono il maggiore incentivo dal fatto in sé di perseguire altruisticamente i fini dell'organizzazione (ad esempio in un partito, o in un'associazione in cui ci si impegna gratuitamente).

Il terzo punto, infine, riguarda la possibilità che gli incentivi alla partecipazione provengano non dal fine generale perseguito dall'organizzazione, ma da un suo sub-obiettivo. Anche questa possibilità appare abbastanza scontata nelle organizzazioni economiche, dove spesso varie persone sono preposte a sub-obiettivi lontani dall'attività principale ma che diventano per esse l'obiettivo primario (per esempio curare il giornale interno, seguire le attività culturali e sportive dell'azienda).

La possibilità di perseguire sub-obiettivi lontani dal fine primario acquista tuttavia i suoi significati più inattesi nelle organizzazioni non di profitto. Sull'onda delle suggestioni di Simon possiamo suggerire che, anche in una guerra che si trascina ormai senza più senso e speranza, è possibile scoprire ancora alcune nicchie vividissime di significato in sub-obiettivi di pietà: salvare un ferito, seppellire un morto, scrivere ai suoi familiari diventano atti capaci in se stessi di dare una ragione, nel tentativo quanto meno di vivere l'infame guerra come una prova di fortificazione interiore (Mercurio-Testa, 2000).

I.2 Significato e risorse

I.2.1 Crisi e collasso del paradigma delle contingenze

Verso la metà degli anni Settanta un senso di disagio cominciò a diffondersi nella comunità scientifica degli studiosi di organizzazione. La teoria delle contingenze era divenuta il paradigma dominante. Si moltiplicavano le ricerche volte a misurare in modo sempre più sofisticato tecnologia, turbolenze ambientali e strutture; si replicavano le ricerche già fatte su nuovi campioni; si facevano confronti[92].

Eppure più i metodi si sofisticavano e più il fronte delle indagini si allargava, minore era il valore aggiunto delle ricerche. I risultati apparivano contraddittori, troppa «varianza» restava inspiegata e sulle poche connessioni acquisite (del tipo: "tanto più grandi sono le imprese, tanto più è probabile che siano formalizzate e decentralizzate") cominciava a sorgere il dubbio che si trattasse di conoscenze veramente significative.

[92] Per una dettagliata analisi di questa fase della teoria delle contingenze cfr. A. Bedeian (1980).

Ciò che fino a pochi anni prima sembrava la continuazione della principale corrente della sociologia dell'organizzazione - scrivono Ouchi e Wilkins - appariva invece come un epifenomeno guidato molto più dalle nuove tecnologie del computer che da una forza concettuale sottostante (1985, p. 466).
Voci critiche si levarono dal fronte stesso dei ricercatori. In un articolo (1972) destinato a essere citato nel corso degli anni, John Child del gruppo di Aston esordiva affermando che troppe connessioni statistiche lasciavano inspiegati i processi sottostanti. Quelle connessioni non parlavano da sole e il principale fattore che sfuggiva era, a giudizio di Child, l'azione strategica dei gruppi dirigenti. Le ricerche sulle contingenze organizzative si erano sviluppate sul presupposto che fosse possibile individuare delle connessioni strutturali «dure» e necessitate, al di là delle strategie umane. Ma ora la debolezza dei risultati raccolti obbligava a fare autocritica. Bisognava riconoscere che anche i fattori che a prima vista appaiono più «oggettivi» - come l'ambiente, la tecnologia, le dimensioni - sono in buona misura il prodotto di scelte e di convinzioni umane. L'ambiente di attività in larga parte si sceglie, afferma Child. E' possibile intervenire su di esso con strategie appropriate e spesso i giudizi sulla sua turbolenza rispecchiano più le ansie di chi vi opera che un'effettiva difficoltà di previsione. A sua volta la tecnologia va vista come il prodotto di decisioni su piani di lavoro, di risorse e di impianti costruiti alla luce di precise valutazioni del *management*. Anche gli effetti provocati dalle dimensioni dell'azienda possono essere modificati dall'intervento umano, ad esempio segmentando uno stabilimento in unità più piccole, quasi autonome una dall'altra. Le conclusioni di Child riproponevano fortemente l'importanza della dimensione soggettiva dell'azione umana nelle organizzazioni: occorre tornare a studiare le scelte strategiche alla luce della cultura, delle convinzioni, delle preferenze che emergono nel gruppi di comando.
Una seconda sfida era rappresentata dal filone delle ricerche che partivano dal presupposto simoniano della razionalità limitata, ma che lo portavano alle estreme conseguenze fino alla negazione di fatto di ogni disegno razionale nelle strutture organizzative e nelle decisioni umane. Quelle ricerche, svolte soprattutto su sistemi scolastici e ospedalieri, conducevano alla conclusione che quei sistemi sono solo lascamente connessi al loro interno (Weick, 1976), oppure che sono delle «anarchie organizzate» dove i risultati dei processi decisionali appaiono del tutto casuali, come «le carte che si gettano in un cestino» (da cui la metafora delle decisioni come "*garbage can model*" (March e Olsen, 1976). Da un'altra ricerca (Meyer e Rowan, 1977) appariva inoltre che la struttura formale di molte organizzazioni non è che un mito e una cerimonia, distaccata dalle reali attività condotte in quelle organizzazioni.
Una terza sfida proveniva dai confronti tra diverse culture nazionali. Una tesi sostenuta nell'ambito della teoria delle contingenze consisteva nel fatto che, quanto più si sviluppa l'industrializzazione, tanto più le strutture organizzative tendono a diventare omogenee in tutti i paesi, perché le specificità culturali delle varie società perdono progressivamente importanza nel modellare quelle strutture. Questa tesi, detta della "convergenza tendenziale", accese forti controversie[93]. Ma un argomento decisivo contro la tesi della convergenza venne da una ricerca comparata su stabilimenti di proprietà giapponese negli Stati Uniti (citato in Ouchi e Wilkins, 1985). Risultò che sia gli stabilimenti con maggioranza di manodopera giapponese che quelli con maggioranza di manodopera americana avevano strutture organizzative più o meno simili. Eppure i ricercatori si sentivano fortemente frustrati dall'incapacità di catturare con metodi statistici ciò che essi esperivano come la maggiore differenza tra i due tipi di stabilimenti, ossia «l'atmosfera» dei rapporti sociali, qualcosa di impalpabile ma di fondamentale per la comprensione.
L'insieme di queste anomalie creava le premesse per un collasso del paradigma contingentista. Scrivono ancora Ouchi e Wilkins: "L'atteggiamento di molti studiosi di organizzazione fu di disperazione. Se le organizzazioni sono anarchie, se la loro struttura sociale è un mito interamente scollegato dal comportamento quotidiano, allora c'è ben poco che la principale schiera degli scienziati sociali possa andare a studiare" (Ouchi e Wilkins, 1985, p. 468).
Erano maturi i tempi perché la questione organizzativa compisse un nuovo movimento a spirale nella incessante dialettica tra soggetto e oggetto, azione e struttura, significato e funzioni. Si era partiti dalle premesse oggettivistiche del funzionalismo di marca parsonsiana. Vi era poi stato il forte ammonimento di Simon e della sua scuola a non reificare l'oggetto di studio. Ma alla reificazione si era di fatto tornati

[93] Cfr. il dibattito contenuto in Organizations Alike and Unlike a cura di C. Lammers e D. Hickson (1979).

con le ricerche sulle contingenze. Ora la crisi di quel paradigma poneva le premesse per una nuova fase ispirata al senso, alle credenze e alla cultura.

I.2.2 Karl Weick e il cognitivismo organizzativo: ambiente attivato e connessioni lasche

Il nuovo movimento irruppe sulla scena nei tardi anni Settanta. Gli articoli dedicati a temi come convinzioni, simboli e cultura nelle organizzazioni passarono da qualche unità a centinaia nel giro di due o tre anni. Parliamo di movimento nel senso specifico che questo termine possiede nel linguaggio sociologico, dato che la comunità internazionale impegnata nei nuovi indirizzi di ricerca presenta alcune caratteristiche tipiche di un movimento collettivo (cfr. Gerlach, in Melucci, 1976): una comunità policefala, nel senso che non vi è una *leadership* intellettuale universalmente riconosciuta, ma vi è una pluralità di scuole e di posizioni con origini teoriche e storie differenti. Alcune proposte, particolarmente diffuse in altri ambiti disciplinari - soprattutto sociologia della conoscenza - esistevano già nel pensiero organizzativo, ma come espressioni marginali, che improvvisamente si trovano ora a occupare spazi non sperati: fenomenologia, etnometodologia, cognitivismo, simbolismo.
Nonostante le loro diversità, queste posizioni condividono un acuto senso di appartenenza ad un modo nuovo di far sociologia, dove almeno due opzioni sono universalmente condivise: la ricerca del significato che i soggetti conferiscono al fluire delle proprie azioni dentro le organizzazioni e la preferenza per l'analisi qualitativa, che è fatta di osservazione partecipante, studio di casi, interviste non strutturate, analisi dei testi, etc.. Questi elementi comuni aiutano a comprendere perché, nonostante le loro eterogeneità, le varie posizioni appaiano come un magma con inaspettate convergenze, sovrapposizioni e riprese di temi.
Weick sviluppa una posizione iper-soggettivista che lo conduce spesso ad affermazioni che suonano provocatorie ed estreme, ma proprio per questa ragione Weick è frequentemente citato come l'esponente radicale di un'istanza critica di cui occorre tenere conto. Secondo Weick nulla esiste al di fuori dei flussi di esperienza, a cui i soggetti conferiscono un significato attraverso l'attivazione di processi cognitivi. I soggetti sviluppano in tal modo delle deduzioni congiunte che vengono sistemate in «mappe causali», ossia in costruzioni dotate di senso e di ordine logico. Tali mappe - dette anche mappe cognitivo-normative - predispongono il comportamento futuro, ma sono a loro volta modificate dall'ininterrotto flusso di nuova esperienza.
Da questa premessa cognitiva deriva la definizione che Weick dà dell'attività umana di organizzare e delle organizzazioni. L'organizzare deve essere inteso come "una grammatica convalidata consensualmente per la riduzione dell'ambiguità attraverso comportamenti interdipendenti dotati di senso" (Weick, tr. it. 1993, p. 14). Ossia, allo stesso modo in cui la grammatica è la struttura di una lingua e la lingua è lo strumento che consente agli esseri umani di comunicare, ovvero di dare un senso condiviso alle cose e alle azioni, così deve essere considerata anche l'azione dell'organizzare. Noi siamo calati in un mondo ambiguo e incomprensibile: solo sviluppando un "linguaggio comune" di atti, di procedure e di riti a cui diamo un significato univoco possiamo mettere insieme delle serie di azioni interdipendenti dentro sequenze sensate che generano risultati sensati. L'organizzazione serve a ridurre la gamma delle ambiguità e degli equivoci. Essa è una "invenzione della gente", che si sovrappone a flussi di esperienza e che impone un ordine momentaneo a questi flussi (Weick, tr. it.,1993, p. 27).
Questo modo di intendere l'organizzazione si basa sul presupposto cognitivista che tutto ciò che siamo abitualmente portati a pensare come una realtà oggettiva esterna a noi - strutture, norme, gerarchie, articolazioni formali dell'organigramma, etc. - non esiste se non all'interno dell'esperienza dei soggetti che le esperiscono.
L'organizzazione non va quindi concepita come un'entità dotata «a priori» di uno scheletro di strutture formali che esistono al di fuori dei soggetti. L'organizzazione, dice Weick, va vista invece come «un corpo di pensiero pensato da pensatori pensanti» e poco più avanti aggiunge che l'organizzazione può essere descritta come «un corpo di gerghi disponibili per l'impegno nell'esperienza, allo stesso modo come una persona può essere vista come un glossario di cartellini (*labels*) disponibili per l'impegno in ambigui stati di allerta» (1979, p. 42).

Il tanto reclamizzato organigramma di un'organizzazione, avverte ancora Weick, non è altro che un simbolo, un mito, un'istantanea all'interno del flusso continuo di esperienza. Il *manager* che controlla dei «cartellini» dotati di significato per i suoi dipendenti «può segmentare e indicare porzioni della loro esperienza e poi etichettarle in modi conseguenziali, così che i dipendenti assumano più seriamente quei segmenti e li trattino in forme organizzativamente più appropriate». Ne consegue che «poiché i *manager* trafficano così spesso in immagini, il ruolo appropriato di un *manager* può essere quello dell'evangelista piuttosto che quello del contabile» (1979, p. .42).
Da tale impostazione discende una rilettura spesso iconoclasta delle vecchie certezze legate al funzionamento di una struttura oggettiva delle organizzazioni. Come si accennava in precedenza, questa rilettura è un potente stimolo critico anche per chi non parte da premesse cognitiviste, ma che accetta di confrontarsi con questa sfida. Due concetti vanno segnalati in modo particolare per la loro forza "seminale" nel dibattito organizzativo più recente: quello di ambiente attivato (*enacted environment*) e quello di connessione lasca (*loosely coupling*)[94].
Il concetto di ambiente attivato nasce dal fatto che il confine interno/esterno di un'organizzazione non esiste di per sé, ma è un'immagine emergente nel processo cognitivo. Le categorie interno/esterno, dentro/fuori, dice Weick, hanno una natura puramente logica di scansione della realtà per darle significato: non esiste alcun processo metodologico attraverso il quale si possa confermare l'esistenza di un oggetto, indipendentemente dal processo di conferma che riguarda se stessi: l'esterno è vuoto, esiste solo l'interno. Tutto ciò che si può conoscere è l'interno di una persona, il dentro o la vista interna... Tuttavia gli agenti, immersi in flussi di esperienza, organizzano e scandiscono questi ultimi presupponendo organizzazioni e ambienti (in Zan, 1988, p. 274).
Queste affermazioni non sono soltanto una disquisizione filosofica. Dire che l'ambiente non è che un'invenzione dell'organizzazione (e che questa a sua volta non è che un'invenzione dei soggetti agenti) comporta di abbandonare il principio di una «dittatura» della realtà esterna, che si impone ai soggetti qualunque cosa essi facciano. Ad esempio il mercato, che spesso viene concepito acriticamente come un'entità oggettiva che incombe sui soggetti che vi operano, non è in realtà che il prodotto di una serie continuata di scelte strategiche operate dai soggetti stessi: alleanze, investimenti, politiche. «Man mano che un'organizzazione aumenta di dimensioni - scrive Weick - inventa sempre più il proprio sistema di selezione e, infine, impone letteralmente l'ambiente che si impone ad essa» (in Zan, p. 269). Come vedremo più avanti (Pfeffer e Salancik, par. 6) questa concezione «costruzionistica» della realtà esterna è una premessa di grande rilevanza per sviluppare un'analisi strategica dei rapporti di potere delle organizzazioni.
Il secondo concetto da sottolineare è quello di connessione lasca (*loose coupling*), che Weick propone per l'analisi di organizzazioni scolastiche, ma che poi è stato utilizzato anche in altri tipi di organizzazioni. Anche in questo caso Weick esordisce con un'immagine volutamente sconcertante[95]:
«Immaginate di essere arbitro, allenatore, giocatore o spettatore di una singolare partita di calcio: il campo è a forma circolare, le porte sono due e sono sparse disordinatamente lungo i bordi del campo; i partecipanti possono entrare e uscire dal campo a piacere: possono dire "ho fatto *goal*" per quanto vogliono, in ogni momento e per quante volte vogliono, tutta la partita si svolge su un terreno inclinato e viene giocata come se avesse senso… Ora, se sostituiamo nell'esempio l'arbitro con il preside, gli allenatori con gli insegnanti, i giocatori con gli studenti, gli spettatori con i genitori e il calcio con l'attività scolastica, si ottiene una descrizione altrettanto singolare delle organizzazioni scolastiche. Il

---

[94] *Loosely coupling* (e *loose couple*) è stato usualmente tradotto in italiano con l'espressione "connessione debole". Noi non riteniamo appropriata questa traduzione, in primo luogo perchè può essere confusa con "legame debole", che è invece la traduzione corretta di *weak tie*, espressione introdotta nel linguaggio sociologico da M. Granovetter. Ma *weak tie* ha un significato e un uso totalmente diverso da *loose couple*. In secondo luogo l'aggettivo debole suggerisce che la connessione possa facilmente spezzarsi, idea che invece non è affatto suggerita dall'inglese *loose*. L'aggettivo lasco da noi adottato denota invece un nodo non stretto, che lascia gioco alle corde che lo compongono o che vi scorrono dentro, ma tale nodo non è affatto debole né sul punto di sciogliersi. Anzi, proprio il fatto di essere lasco lo rende resistente. Questo è appunto il caso delle *loose couples* descritte da Weick. Riconosciamo tuttavia che lasco ha l'inconveniente di appartenere al gergo marinaro e di non essere molto diffuso nell'italiano parlato (Mercurio-Testa, 2000).
[95] Weick dichiara che l'immagine gli è stata suggerita da J. March, autore con R. Cyert di *Teoria del comportamento d'impresa* (cfr. cap. 15). Ricordiamo che March è uno dei maggiori esponenti del cosiddetto *Garbage Can Model*, a cui abbiamo accennato (nota 5 in cap. 15 e par. 1 in cap. 17) come ad uno sviluppo estremo delle tesi simoniane sulla razionalità limitata.

fascino di questa descrizione sta nel fatto che essa coglie all'interno delle organizzazioni scolastiche un nucleo di realtà diverse da quelle che possono essere evidenziate nelle stesse organizzazioni dalle posizioni classiche della teoria burocratica» (in Zan, p. 355).
Weick ci invita in sostanza a leggere con occhi cognitivistico-metodologici ciò che avviene all'interno di una scuola: le varie componenti agiscono cercando innanzitutto di conferire senso alle proprie azioni dentro uno specifico ambiente di esperienza e questo ambiente ha solo connessioni lasche con altri ambienti. Il nucleo insegnante classe-genitori-programma di studi definisce un sub-sistema a sé, con una sua logica e un suo significato, perché ha solo pochi elementi in comune con l'altro sub-sistema scolastico formato dal nucleo direttore vicedirettore-ispettore. Ciò non vuol dire che l'organizzazione scolastica si disintegri a causa delle spinte centrifughe. Essa può continuare ad esistere e a funzionare, proprio perché le sue connessioni interne sono lasche, sufficienti a garantire un coordinamento minimo su determinate questioni, ma non così pervasive da serrare tutto con tutto.
Le connessioni lasche non vanno viste necessariamente come un difetto; esse garantiscono, al contrario, la persistenza temporale delle organizzazioni. Si possono modificare delle parti senza che l'intero sistema sia coinvolto nel cambiamento; le varie parti possono conoscere il proprio ambiente in modo molto più approfondito di quanto sarebbe possibile se fossero rigidamente collegate; si possono inventare soluzioni particolari, non adattabili al resto del sistema; un cedimento può restare isolato; c'è più spazio per l'autodeterminazione. E' anche da notare che le connessioni lasche non coincidono necessariamente con le autonomie istituzionalmente sancite. Le connessioni lasche possono essere anche combattute e negate dalle autorità ufficiali, ma ciò che conta è il loro persistere di fatto nell'esperienza dei soggetti.
Il concetto di connessione lasca richiede alcuni commenti. In primo luogo esso mostra una certa congruenza con altri concetti, che mettono in questione l'assunto di connessioni e/o omogeneità forti e generalizzate: innanzitutto il funzionalismo debole di Merton nei confronti dell'organicismo sistemico di Parsons e poi le conclusioni «contingentiste» di Lawrence e Lorsch, nonché quelle di Thompson sulle differenze tra le varie componenti di un'organizzazione d'impresa. Vi è però una sostanziale differenza, perché gli autori su nominati procedono con analisi funzionali e strutturali delle logiche organizzative, mentre Weick parte dal punto di vista dei soggetti e del loro conferimento di senso ad una situazione altrimenti poco comprensibile. La metafora della partita di calcio descritta all'inizio sta a significare che la partita è da un punto di vista sistemico complessivo un non-senso e che il senso è solo quello che i vari partecipanti conferiscono alle proprie azioni in un segmento ristretto della partita. Se la partita non finisce - fuori di metafora, se l'organizzazione non va in collasso - è perché alcune connessioni lasche sono in grado, nonostante tutto, di garantire un coordinamento minimale di significati e, quindi, la persistenza temporale dell'organizzazione.
Va inoltre sottolineato che il concetto di connessione lasca conduce l'analisi organizzativa ad un livello più sofisticato di quello raggiunto dall'analisi sistemica (tipicamente la scuola socio-tecnica). L'analisi sistemica sottolinea la necessità di tenere sempre presenti le interconnessioni anche non manifeste tra le varie parti dell'organismo. Weick non respinge la visione sistemica delle organizzazioni, ma avverte che le varie parti possono essere collegate con legami a forza variabile, che dipendono dal senso conferito alla realtà da parte dei soggetti. Ma la conseguenza più notevole è l'ipotesi che quanto più i legami sono laschi, tanto più i soggetti sono portati a impegnarsi in uno sforzo di costruzione della realtà sociale: quindi «una grande quantità di lavoro di facciata, di lavoro linguistico, numerosi miti». In generale «si dovrebbe trovare una quantità notevole di sforzi dedicati a mettere in rilievo quel particolare mondo debolmente legato e a collegarlo in modo da renderlo più percettibile» (in Zan, p. 372). Quanto più sono «laschi i legami percepiti tra le varie parti di un sistema, dice Weick, tanto più è probabile osservare uno sforzo per conferire un significato retroattivo alle varie parti lascamente collegate. L'analisi di Weick si avvicina così a quella simbolistica della produzione di significato da parte degli attori (Mercurio-Testa, 2000).

I.2.3 Alla riscoperta del significato. Il simbolismo organizzativo

Anche il simbolismo sottolinea la necessità di un'analisi organizzativa che privilegi il significato che gli attori danno alle proprie azioni, ma tale analisi non ricorre necessariamente e sempre alle categorie cognitiviste proposte da Weick. Carattere comune al simbolismo è l'enfasi su tutto ciò che riguarda la creazione, la gestione e l'uso strategico del patrimonio culturale e simbolico dell'organizzazione. La tesi dei simbolisti è che nelle organizzazioni bisogna esaminare soprattutto riti, cerimonie, miti, leggende, saghe, drammaturgie. Questi elementi - finora trascurati come puro folklore - sono invece riconosciuti come fondamentali per comprendere i meccanismi che generano identità collettive, senso di appartenenza e significati condivisi[96].

Per capire le ragioni di questa scelta bisogna tener presente l'improvvisa scoperta dell'importanza del fattore «cultura» nel comprendere il funzionamento di un'azienda. Intendiamo cultura sia nel senso nazionale (cultura americana, giapponese, francese, etc.), sia nel senso di cultura d'impresa, generalmente multinazionale (cultura General Motors, cultura Ibm, cultura Fiat, etc.). La percezione della cultura come fatto globale - formata da codici solo in parte manifesti, da rituali, da aspettative persistenti e interiorizzate, da convinzioni profonde e non sempre esplicite – porta a sviluppare un approccio alle organizzazioni che è molto simile a quello usato dagli antropologi quando studiano una tribù o un villaggio.

Questo approccio non conduce a formulare delle leggi o delle ipotesi generali (come faceva l'antropologia funzionalista), ma conduce ad un'empatia intellettuale con la società indagata: cioè ad una «comprensione interpretativa» della sua cultura e del suo intero modo di vivere, dal momento che nulla, nella società umana, esiste prima o fuori della cultura. Scrive Geertz: "Ritenendo, insieme con Max Weber, che l'uomo è un animale sospeso fra ragnatele di significati che egli stesso ha tessuto, credo che la cultura consista in queste ragnatele e che perciò la loro analisi non sia anzitutto una scienza sperimentale in cerca di leggi, ma una scienza interpretativa in cerca di significato" (Geertz, p. 41).

Tale approccio antropologico-interpretativo viene fatto proprio dal simbolismo organizzativo, che lo applica allo studio delle culture aziendali. Le aziende vengono viste come dotate di significati, di simboli e di emozioni condivise e ciò comporta che vengano studiati soprattutto gli aspetti omogeneizzanti della vita sociale di un'organizzazione, piuttosto che le dinamiche che portano a differenze interne[97].

Questo modo di studiare le organizzazioni conduce sovente a sviluppare un approccio «diacronico» o temporale alle organizzazioni stesse. Si studiano cioè le fasi di sviluppo e le «drammaturgie» avvenute nella loro storia passata, perché in quegli avvenimenti critici sta la più efficace chiave di lettura per comprendere le scelte, gli atteggiamenti e le condotte attuali. In particolare, la successione dei capi, le crisi superate, la mobilitazione delle forze in momenti eccezionali rivivono come «saghe» idealizzate nella memoria collettiva. Queste saghe rafforzano il senso di appartenenza all'organizzazione e ripropongono il successo ottenuto nei momenti critici del passato come modello di azione per il presente (cfr. nel volume di Gagliardi, Pettigrew e Clark).

Le varie influenze e i modi di procedere descritti conducono nel discorso simbolistico ad alcune acquisizioni condivise. Nell'introduzione a uno dei testi più autorevoli della corrente (Morgan e Frost, in Pondy, 1983) il comune sentire dei simbolisti viene espresso nel rifiuto sia del modello meccanico-razionale che del modello adattivo-organicistico delle organizzazioni (ci riferiamo ai due modelli delineati da Gouldner e ripresi da Thompson nel suo nuovo schema). Per gli autori simbolisti entrambi i modelli semplificano la natura delle organizzazioni. Queste «non sono sistemi semplici come macchine o come organismi adattivi. Esse sono sistemi umani che manifestano modelli complessi di

---

[96] Il volume a cui facciamo principale riferimento è *Le imprese come culture* a cura di P. Gagliardi (1986), in cui sono raccolti una ventina di scritti significativi di ispirazione simbolista. Si rimanda altresí alla nota critica sul simbolismo curata da G. Bonazzi (1988).

[97] Si può cogliere una certa analogia tra l'influenza che l'antropologia funzionalista di Malinowski e di Radcliffe-Brown ha esercitato sul funzionalismo parsonsiano degli anni '50 e l'influenza che l'antropologia interpretativa di Geertz ha esercitato sul simbolismo organizzativo degli anni '80. In entrambi i casi la mutuazione di un approccio antropologico conduce a una giustificazione dell'ordine esistente. Mentre però l'enfasi sulle funzioni integrative svolte dalla cultura portava Parsons a privilegiare i sistemi di valori e di norme che tengono insieme il sistema sociale, l'enfasi sul valore simbolico delle culture porta i simbolisti a privilegiare il significato che i soggetti conferiscono alle proprie azioni ed interazioni.

attività culturale». Al posto delle metafore meccanica e organica gli autori propongono la metafora culturale. Le organizzazioni sono innanzitutto entità simboliche di cui non è sufficiente dire che hanno cultura: esse sono cultura, come viene asserito negli sviluppi più coerentemente radicali di questa corrente di pensiero (Smircich, 1983). Di qui l'importanza degli approcci *soft*, volti alla comprensione spesso intuitiva dei significati che regolano i comportamenti (Mercurio-Testa, 2000).

I.2.4 Uso manageriale e uso analitico del simbolismo organizzativo

Delineati i caratteri generali del simbolismo, va anche detto che di esso si possono distinguere due usi: uno manageriale e uno analitico. L'uso manageriale, che è di gran lunga maggioritario, ha la finalità pratica di sensibilizzare i dirigenti di impresa sull'importanza degli aspetti simbolici nella conduzione delle aziende. La tesi di fondo è che esiste una connessione tra il successo economico dell'impresa e l'efficacia dei suoi simboli: ad un *management* con una simbologia sbiadita corrispondono risultati economici scarsi, mentre ad un *management* con una simbologia forte corrispondono risultati economici favorevoli.
Si può probabilmente cogliere in questa impostazione un certo compiacimento dissacratorio. La letteratura simbolista si rivolge a operatori di impresa abituati a ragionare in termini quantitativi e di razionalità tecnica, per i quali già la lezione di Simon sui limiti della razionalità umana suona come monito inquietante. A questi operatori viene spiegato quanto di emozionale, di mitico e di rituale vi sia in ogni organizzazione e come sia importante affinare la propria sensibilità per afferrare quegli aspetti. Ne discende una ridefinizione del ruolo di *manager*, con una implicita esaltazione delle sue componenti carismatiche. Il ruolo appropriato per un *manager* moderno, viene detto citando Weick, è quello di un evangelista piuttosto che quello di un contabile. Spetta al *manager* gestire il patrimonio culturale e simbolico dell'impresa, scegliere i corsi di azione più capaci di dare significato anche ai corsi d'azione dei suoi dipendenti.
Vengono ripresi molti motivi già individuati da Selznick negli anni Cinquanta sul ruolo della *leadership* e sulle sue funzioni latenti, ma in genere si trascurano gli aspetti strutturali di quell'analisi. Scrive G. Morgan: "I rituali sono spesso incorporati nella struttura formale di un'organizzazione, come nel caso della riunione settimanale dello *staff* del presidente, la cui reale funzione è quella di affermare che i membri *senior* dell'organizzazione sono in rapporti pacifici gli uni con gli altri" (1986, p. 123).
Ma non mancano altri esempi: il *manager* occupa il suo tempo in varie attività, ma l'ammontare del tempo dedicato ai vari problemi è anche una misura dell'importanza data a quei problemi, quindi è un messaggio implicito ai dipendenti su ciò che è prioritario e su ciò che non lo è. O ancora: nel presentare bilanci e resoconti dell'attività passata, il *manager* interpreta la storia dell'azienda e, in tal modo, dà un significato agli eventi. Interpretare gli eventi in modo coerente con la definizione dei nuovi problemi aiuta a sviluppare il consenso intorno ai corsi di azione intrapresi (citato in Pfeffer, 1981a). Il *leader* è colui il quale riesce ad esprimere in parole ciò che gli altri sentono, ma non sono capaci di formulare.
Che dire del successo fin eccessivo di questa moda del pensiero? Si può rispondere che l'enfasi sull'importanza comunicativa dell'azione manageriale può essere interpretata alla luce di alcuni aspetti dell'attuale società industriale avanzata. Le lotte sociali hanno perso l'importanza di una volta; l'impresa è largamente legittimata; i dipendenti hanno una qualità della vita incomparabilmente più ricca di quella dei loro padri; l'investimento sul lungo periodo nelle risorse umane dei dipendenti è diventata l'ideologia ufficiale delle grandi imprese; le comunicazioni di massa hanno acquistato un'importanza decisiva; la politica è in larga parte spettacolo: la sfida giapponese e la crescita delle economie del Sud-Est asiatico dimostrano la vanità di pensare che esista un primato del modello occidentale.
In questo scenario diviene sempre più obsoleta la manipolazione esplicita delle coscienze e si affinano i controlli indiretti. Essi riflettono le nuove forme di identificazione allargata e, al contempo, cercano di rafforzarla puntando sui messaggi simbolici ed emozionali di maggiore rilievo. Non è casuale la risonanza avuta da una ricerca di Wilkins, allievo e collaboratore di Ouchi. Wilkins (in Gagliardi, 1986) ha dimostrato come nelle imprese di stile giapponese, che puntano sulla formazione del proprio personale su lunghissimo periodo, il racconto mitizzato di episodi eccezionali accaduti ai capi carismatici dell'azienda diventa per i dirigenti inferiori una specie di «copione» da seguire in circostanze

critiche. Tale copione è molto più efficace che non i regolamenti ufficiali per ottenere dai suddetti dirigenti delle condotte responsabilmente professionali, ossia autonome e al tempo stesso conformi allo spirito e allo stile d'azione dell'impresa (Mercurio-Testa, 2000).

I.2.5 Un approccio "duro" alle organizzazioni: la dipendenza dalle risorse e il ricorso ai simboli nell'analisi di Pfeffer e Salancik

Come si accennava in precedenza, è possibile tuttavia fare anche un altro uso più analitico e più critico del simbolismo organizzativo. A differenza dell'uso manageriale, che si limita sostanzialmente a sottolineare l'importanza dei simboli nella conduzione dell'impresa, l'uso analitico del simbolismo ha scopi prevalenti di ricerca. I ricercatori escono dal cerchio chiuso di un discorso che si prefigge la semplice apologia dei simboli e si interrogano sulle condizioni strutturali che spiegano il ricorso al simbolico. Solo partendo da queste condizioni diventa possibile sviluppare un discorso più generale che riguardi anche gli aspetti simbolici dell'azione manageriale.
Gli autori che nel modo più esplicito compiono e teorizzano questo percorso sono Jeffrey Pfeffer e Gerald Salancik. La ragione per cui ci soffermiamo su di loro non deriva tuttavia soltanto dalla loro posizione nei confronti del simbolico, ma dal fatto che essi sono gli autori de *Il controllo esterno delle organizzazioni* (1978), opera che ha segnato il dibattito organizzativo dopo Thompson.
Il punto di partenza di Pfeffer e Salancik è la tesi di Thompson secondo cui la logica prevalente di qualsiasi organizzazione (e in particolare delle imprese) è la ricerca di certezza nell'acquisizione delle risorse di origine esterna. Questo presupposto, essi notano, sembra recepito anche da coloro che teorizzano le organizzazioni come sistemi aperti in interazione con l'ambiente. Ma tale affermazione non basta, se poi l'analisi continua a focalizzare più il modo in cui si usano le risorse che non quello in cui sono acquisite.
Dire invece che un'organizzazione dipende dalle risorse acquisite all'esterno è molto più forte che non limitarsi a dire che essa interagisce con l'ambiente esterno. Sottolineare la dipendenza dalle risorse esterne significa infatti riconoscere che: a) le organizzazioni lottano costantemente per la sopravvivenza; b) la sopravvivenza dipende dall'abilità con cui esse si procurano le risorse; c) i problemi posti dalla lotta per la sopravvivenza plasmano il modo in cui l'organizzazione e strutturata. E' quindi la «politica estera» delle organizzazioni a dominare sulla politica interna e a dare le chiavi per comprenderla[98].
Queste considerazioni, valide per qualsiasi tipo di organizzazione, appaiono particolarmente adatte per capire la logica delle grandi imprese. Si prenda ad esempio il problema dell'umanizzazione del lavoro in fabbrica. E' un problema che sembra nascere all'interno delle imprese per aumentare il consenso e ridurre gli avvicendamenti, ma che in realtà trae origine dal fatto che le imprese non hanno più il potere di una volta sul mercato del lavoro. Le imprese, cioè, non possono più assumere e licenziare a loro arbitrio, perché il lavoro dipendente ha acquisito un contropotere sindacale[11] che limita la libertà di uso della forza lavoro. A questo contropotere le imprese rispondono sviluppando una politica di valorizzazione delle risorse umane.
La riprova che si tratta di un vincolo esterno viene dal fatto che nelle situazioni dove è ancora possibile una libertà illimitata nell'uso della forza lavoro (ad esempio nel c.d. "Terzo mondo" la manodopera di persone oppresse clandestina) il problema di umanizzare il lavoro è del tutto sconosciuto, dominano i lavori dequalificati e rischiosi e lo sfruttamento è indiscriminato. Soltanto quando il lavoro diventa una risorsa pregiata e problematica le imprese affrontano il problema di valorizzarla. Le considerazioni fatte per la forza lavoro valgono per qualsiasi altro tipo di risorsa o di vincolo: energia, trasporti, scarico dei rifiuti, etc.. Un'organizzazione tende a usare le varie opportunità in modo ottimale soltanto alla sua sopravvivenza e affronta i problemi che esse comportano solo quando vi è costretta dalle pressioni e dai vincoli esterni (Mercurio-Testa, 2000).

---

[98] Nell'enfasi posta sulla sopravvivenza delle organizzazioni il modello della dipendenza dalle risorse ambientali presenta alcune affinità con le tesi sostenute dal modello «ecologico» delle popolazioni organizzative.
[11] In realtà il D.lgs n. 150/2009 ha radicalmente modificato il potere della contrattazione sindacale, affievolendolo di molto (ndr).

I.2.6 Il ruolo del *management* tra risorse e simboli

Il quadro che emerge da questa analisi è estremamente duro. Le organizzazioni (leggasi le imprese) lottano per le risorse da acquisire dall'esterno; le risorse sono in massima parte destinate ad usi obbligati (salari, interessi passivi, etc.) e offrono margini di libertà estremamente esigui nel loro utilizzo.
Ma se la situazione è così pesantemente predeterminata, a che cosa si riduce allora il ruolo del *management*? Le rigidità strutturali in cui la sua azione è costretta non smentiscono forse tutta l'enfasi posta sulla necessità dì avere *leadership* carismatiche creative e innovative? Pfeffer e Salancik propendono in effetti per una risposta riduttiva circa l'importanza della *leadership* personale. I vincoli in cui i *leader* si muovono sono talmente pesanti che la loro azione a livello sostantivo è molto scarsa. Normalmente meno del 10% delle risorse disponibili permettono qualche elasticità di manovra.
Le limitazioni sostantive non impediscono tuttavia che la *leadership* abbia un suo decisivo campo d'azione a livello simbolico. Questa tesi, sommariamente esposta ne *Il controllo esterno delle organizzazioni*, viene sviluppata da Pfeffer in alcune opere successive (1981a, 1981b). Bisogna distinguere, egli sostiene, tra due piani: quello dei risultati sostanziali, che riguardano l'acquisizione e l'allocazione delle risorse e quello dei risultati simbolici, rappresentato da sentimenti, valori, senso di identità e di appartenenza. La distinzione tra le due dimensioni consente a Pfeffer di sostenere che nelle organizzazioni formali l'azione del *management* concerne in larga misura la realtà simbolica e i risultati simbolici, mentre le costrizioni esterne influenzano soprattutto le azioni e i risultati sostanziali (in Gagliardi, p. 347).
Ciò significa che compito del *management* è essenzialmente quello di fornire un significato e una legittimazione a delle situazioni sostanziali che in larga misura sfuggono al suo ambito di controllo. Quanto maggiori sono i vincoli esterni nell'allocazione sostanziale delle risorse, tanto più importante diventa l'azione simbolica. Essa ha innanzitutto una funzione di supplenza nei confronti delle risorse sostantive, che sono scarse. Ma essa ha anche la funzione di dare senso e ottenere consenso rispetto ai risultati di sostanza comunque raggiunti, alla loro redistribuzione e al loro utilizzo futuro. Se la realtà sostantiva pone vincoli non valicabili all'azione del *manager*, questi può comunque rispondere sviluppando un'efficace definizione di quella stessa realtà, che favorisce mobilitazione, sacrifici, individuazione degli ostacoli e del nemico. E' soprattutto nell'accorto uso del simbolico che si manifesta il potere...
L'azione simbolica tuttavia non è priva di limiti; essa si svolge all'interno di norme e di credenze istituzionalizzate. Pfeffer riprende a questo proposito la tesi di Thompson secondo cui, all'interno di ogni organizzazione, è possibile individuare un nucleo centrale di certezze tecnologiche riguardanti l'efficacia della connessione causa-effetto. Nei casi in cui tali certezze sono più consolidate e diffuse si può parlare di un «paradigma» organizzativo istituzionalizzato.
Ma il grado di istituzionalizzazione di un paradigma può variare, essere forte o debole. Quanto più il paradigma è forte e accettato, afferma Pfeffer, tanto più estesa è l'area dei giudizi, dove il consenso è facile e le comunicazioni «parsimoniose», ossia ridotte ai minimi contenuti tecnici necessari. Viceversa, là dove il paradigma è debole o più paradigmi sono in contrasto tra di loro, l'area dei giudizi di valore è più estesa e quindi i conflitti sono maggiori. In una ricerca condotta con Salancik sull'organizzazione di una università americana, Pfeffer trovò una conferma empirica di questa tesi. Risultò infatti che nei dipartimenti scientifici, in cui il paradigma di ricerca è massimamente istituzionalizzato, la distribuzione dei fondi era molto meno conflittuale che nei dipartimenti umanistici, dove non esiste un paradigma unitario.
Porre l'accento sul differente grado di istituzionalizzazione di un paradigma organizzativo - cioè sul differente grado di convinzione non contestata circa la bontà dei fini e l'adeguatezza dei mezzi - ha conseguenze importanti per comprendere l'azione simbolica della *leadership*. La tesi di Pfeffer è che esiste una connessione tra la mancanza o la debolezza di un paradigma e il ricorso a strumenti simbolici di governo. Si ricorre al simbolico quando le risorse sostantive sono limitate e soprattutto quando mancano dei criteri precisi e universalmente accettati per giudicare la realtà (Pfeffer in tal modo riconduce la gestione del simbolico ai livelli di più incerta razionalità organizzativa, previsti nel modello di Thompson).

L'azione simbolica – egli scrive – è [quindi] possibile perché le preferenze sono indefinite e ambigue, perché le organizzazioni possono riuscire ad evitare a valutazione, perché può esserci incertezza riguardo a ciò che si riceve dall'organizzazione e al modo di valutarlo e perché i risultati simbolici possono essere sufficienti, data la limitatezza degli scopi o degli interessi che alcuni attori sociali nutrono rispetto all'organizzazione (Gagliardi, p. 377).
Non è raro che si diano a qualcuno le decisioni e ad altri la retorica. Pfeffer sfugge tuttavia ad una concezione puramente machiavellica del potere: non tutto è illusione, manipolazione e cinismo. Il significato che viene dato alle azioni umane attraverso atti simbolici come ricompense, celebrazioni, avvicendamento di dirigenti, creazione di capri espiatori, ristrutturazioni di facciata e così via può produrre nuove risorse di consenso e di mobilitazione. Queste possono ancora essere investite per raggiungere risultati sostanziali che tornino di beneficio a componenti importanti della collettività. Da una buona gestione del simbolico è dunque possibile ritornare alla sostanza.
Con Pfeffer perveniamo all'ultima tappa di un percorso ideale, che conferma come l'analisi degli aspetti simbolici dell'azione organizzativa acquista tanto maggior forza quanto più è inserita in un modello che interpreta questi aspetti alla luce delle risorse sostanziali. Un reale progresso nella conoscenza organizzativa, Pfeffer ci insegna, non può avvenire con un approccio ristretto alla sola dimensione simbolica, ma richiede una fondazione strutturale dell'azione organizzativa.

II. L'ANALISI DEL VALORE

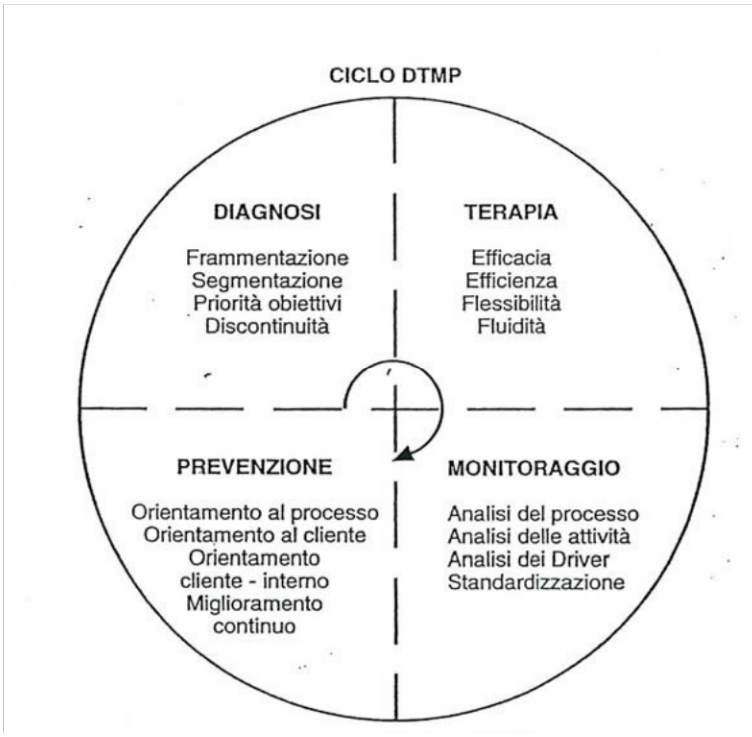
L'analisi del valore è, secondo Miles (1967), "un'attività di ricerca che si basa su un certo corredo di nozioni, nonché di dati di abilità acquisite; essa è quindi una scienza creativa e organizzata, avente per scopo la efficace identificazione dei costi non necessari, vale a dire quei costi che non determinano vantaggi qualitativi, pratici o di durata, né comportano caratteristiche di qualsiasi genere che possano essere richieste dall'acquirente di un prodotto".
"L'analisi del valore – prosegue Miles - consiste nell'utilizzazione ordinata e razionale di materiali alternativi e di nuovi procedimenti di fabbricazione, nonché nello sfruttamento di capacità particolari riscontrate in fornitori specializzati in determinati campi. Essa mette a fuoco l'attenzione del responsabile di settore su di un unico obiettivo, agli effetti della progettazione, della fabbricazione e dell'approvvigionamento: tale obiettivo è l'ottenimento di prestazioni equivalenti, con un costo inferiore. Con questo preciso scopo essa consente passo per passo l'elaborazione dei programmi di produzione nel modo più sicuro ed efficace".
Vedremo tuttavia che tale concezione è stata via via superata col trascorrere del tempo.

II.1 Concetto di qualita' e processo produttivo sanitario

Possiamo affermare (Ruta, 1993) che "il processo", in senso metaforico, si può considerare il primo mattone su cui costruire la qualità globale che può essere raggiunta solo se si agisce su ogni processo aziendale. Parlare di qualità di processo non significa però parlare solo di qualità dei risultati in termini di obiettivi raggiunti (efficacia) o di qualità dei risultati in termini di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse tecnologiche e umane (efficienza), ma significa oggi anche parlare di qualità nella capacità di adeguarsi all'evoluzione ambientale (flessibilità), qualità nella definizione delle priorità (fluidità), qualità nell'utilizzazione del tempo (tempestività), qualità nella razionalizzazione dello spazio come di qualità del flusso informativo-comunicazionale. Quindi la qualità del processo interfunzionale che avviene a livello di unità divisionali e cellule operative consiste non solo nella qualità degli *output*, ma anche nella gestione qualitativa di tutte le risorse di processo dalla tecnologia al personale, dal tempo allo spazio, all'informazione, etc.. Evidentemente anche nelle aziende sanitarie avvengono dei microprocessi che hanno le caratteristiche ripetitive dei processi a lotti o in linea (laboratorio di analisi, radiologia, etc.) e processi (in realtà più rari) che hanno le caratteristiche dei processi su commessa o progetto (interventi chirurgici complessi, interventi in radiologia interventistica, interventi chirurgici di trapianto, etc.) sicuramente meno controllabili e standardizzabili. Ma se in futuro l'asse operativo sanitario si sposterà sempre più dalla terapia alla diagnosi precoce, quindi verso processi meglio gestibili, l'evoluzione tecnologica al tempo stesso permetterà di realizzare interventi sempre più mirati e meno invasivi e la

variabile della risposta biologica del paziente diventerà probabilmente sempre più controllabile. Inoltre, se anche nelle aziende sanitarie si comincerà a ragionare e gestire per processi, i problemi legati alla standardizzabilità e razionalizzabilità delle attività potranno essere probabilmente superati con maggior successo. Ribadiamo quindi il concetto che la qualità del macroprocesso clinico-assistenziale dipende soprattutto dalle problematiche legate alla transfunzionalità produttiva e cioè alla qualità dell'integrazione e alla qualità della fluidità del processo che attraversa le diverse strutture organizzative funzionali specialistiche o di servizio, dove tra un processo e l'altro si creano delle interfacce in cui avvengono numerose transazioni che possono provocare attriti spesso incontrollabili.
Così che non solo l'*output* di un processo potrebbe essere considerato l'*input* per il processo successivo, ma un'*équipe* dovrebbe essere considerata al tempo stesso "fornitore" per il processo a valle e "cliente" per il processo a monte. Tutto ciò permetterebbe non solo un controllo e una valutazione retrospettiva della qualità dell'*output* finale, ma permetterebbe una serie di controlli per mezzo di *feed-back* immediati che consentono di prevenire gli scostamenti e costruire la qualità del processo. Quindi secondo i modelli aziendali per ogni attività si dovrà procedere a individuare quei fattori che costituiscono i principali "*driver*" (indicatori terminanti) nell'utilizzo di risorse da parte delle varie attività all'interno del processo. Questi indicatori (di costo, flessibilità, tempestività, fluidità, etc.) - sia economico-finanziari, ma soprattutto fisico-tecnici - permetteranno in definitiva di controllare gli *output* effettivi di processo rispetto agli *output* attesi. Inoltre gli indicatori di qualità di *output* di microprocesso dovranno essere concordati tra "fornitore" e "cliente", in modo che possano tener conto dei "driver" di processo che il fornitore deve utilizzare per raggiungere gli obiettivi di *output* definiti.
Quindi l'obiettivo fondamentale che persegue l'approccio gestionale per processi, oltre all'orientamento al paziente-cliente e alle logiche di priorità dell'obiettivo finale diagnostico-terapeutico di macroprocesso rispetto agli obiettivi particolari delle diverse *équipe*, resta la standardizzazione delle attività, perché risulta praticamente impossibile controllare un processo produttivo o un'attività che viene svolta con modalità operative continuamente diverse o non definite. Solo attraverso una ridefinizione continua, dinamica e flessibile degli *standard* di riferimento sarà possibile perseguire quel miglioramento continuo che è premessa essenziale per rispondere in modo adeguato e personalizzato ai bisogni del paziente.
Oggi purtroppo nelle aziende-ospedale le diverse attività vengono spesso svolte con modalità continuamente diverse e non definite e i microprocessi perseguono degli obiettivi particolari che fanno riferimento più a logiche produttive e organizzative interne che agli obiettivi prioritari del processo generale clinico-assistenziale, che fa invece riferimento al paziente con tutte le sue peculiarità.
Naturalmente quanto è stato detto risulta oltremodo verificabile nei rapporti operativi che intervengono tra territorio e strutture clinico-ospedaliere, perché se è vero che attraverso l'attività medica il *gap* esistente tra stato di salute e stato di malattia non sempre viene annullato, ma viene spesso solo ridotto (cosi che da un malato ne viene prodotto un altro con tutt'altri fabbisogni), è anche vero che il soccorso al paziente infartuato nel territorio, come la dimissione dello stesso paziente post-infartuato per la fase di controllo nelle strutture riabilitative, dipendono in realtà dalle problematiche legate alla transfunzionalità produttiva e cioè alla qualità dell'integrazione del processo clinico-assistenziale che attraversa diverse strutture organizzative territoriali e clinico-ospedaliere dove avvengono numerose transazioni di carattere operativo e organizzativo.

Fig. 5 – Ciclo DTMP



Fonte: Ruta, Sanità e management, 1993.

In ultima analisi bisognerà tendere a interpretare l'intero processo produttivo sanitario - di per sé ibrido - come un processo continuo globale:

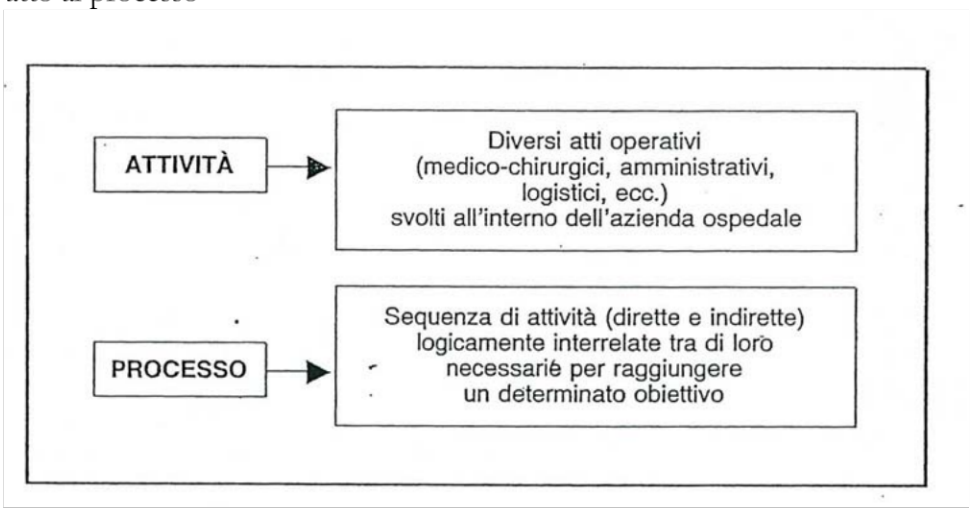
- integrando diverse fasi disposte sia in sequenza temporale orizzontale sia in sovrapposizione temporale verticale, che presentano diversa flessibilità ed elasticità, diverso accentramento o decentramento organizzativo, diversa velocità di processo e diversa produttività, diverse attrezzature tecnologiche come diversa professionalità, diversa standardizzabilità, incertezza e programmazione di produzione;
- focalizzando più la fase diagnostica che la fase terapeutica, in modo da spostare l'asse di produzione verso processi produttivi operativamente più conformi e gestibili;
- controllando la domanda con dati informativi demografici epidemiologici, in modo da segmentare i pazienti sia per predeterminare *lines* operative diagnostico-terapeutiche sia per poter ridurre il tempo di *lead time*, così da razionalizzare la richiesta di ricovero in senso qualitativo e quantitativo, in una logica di riduzione di posti letto-magazzino e di ricovero puntuale secondo la filosofia della produzione *in just in time*;
- progettando una rete operativa integrata che rispetti finalmente le *product lines*, derivanti da razionali logiche globali produttive e non da logiche parziali specialistiche in cui avvenga un'attivazione neuronale delle unità o cellule operative dei moduli medico-chirurgici rispetto al paziente e le fasi del processo di riferimento;
- gestendo i processi produttivi in modo più armonico controllando dal *layout* al *set up*, dal *lead time* ai colli di bottiglia, rianalizzando "il chi fa che cosa" rispetto all'evoluzione tecnologica rivitalizzando così procedure operative ormai burocratizzate;
- introducendo i sistemi informativi e i processi d'automazione come strumenti d'integrazione della produzione, perché sposterebbero l'asse di produzione da processi su progetto o su commessa a processi a lotti o in linea;
- favorendo nelle aziende sanitarie la crescita degli *invisible assets*, riconoscendone l'importanza produttiva e la funzione di vantaggio competitivo che possono svolgere per le aziende-ospedale, considerata anche la criticità del capitale umano.

E' chiaro a questo punto che ripensare il processo di produzione globale sanitario come un processo tendenzialmente "continuo" significa spostare l'asse produttivo verso processi più conformi e gestibili,

lasciando il paziente in posizione di *core* rispetto all'intero processo.
Questo processo di cambiamento sarà favorito anche dal fatto che le *lines* operative diagnostico-terapeutiche medico-chirurgiche diventeranno sempre più incerte e confuse, perché dipenderanno sia dall'acquisizione di nuove informazioni fisiopatologiche come dall'acquisizione di nuove tecnologie proposte in campo diagnostico-terapeutico che ridefiniranno continuamente il rapporto operativo, in modo quantitativo e qualitativo, tra unità chirurgiche e mediche coinvolgendo la stessa identità professionale degli operatori.
In un futuro che si preannuncia ricco di specializzazione tecnologica cui seguirà probabilmente la specializzazione professionale medica (endoscopio/endoscopista, broncoscopio/broncoscopista, TC cranica/neuroradiologo e così via), ormai trasformatasi in una specializzazione tecnico-operativa che confina con altre professionalità tecnico-infermieristiche presenti nelle stesse unità operative multidisciplinari, un ruolo chiave potrebbe essere quello della gestione del sistema produttivo in tutti i suoi aspetti operativi.

Quindi, se in futuro il medico vorrà gestire piuttosto che subire l'evoluzione tecnologica, egli dovrà assumere oltre a una posizione di operatore specialistico (pur con caratteristiche e sfumature diverse secondo i moduli operativi medico-chirurgici in cui è coinvolto) anche il ruolo di *manager di product lines*, ridiscutendo altresì la propria formazione e professionalità per recuperare sia una nuova identità che nuovi spazi per il paziente, secondo una logica di umanizzazione dell'intero processo produttivo sanitario.
Questa strategia di cambiamento significherebbe un salto qualitativo e quantitativo dei processi produttivi e quindi delle prestazioni mediche, provocherebbe uno snellimento della struttura organizzativa e quindi una maggior agilità delle unità operative coinvolte nei processi produttivi, facendo finalmente in modo che anche in sanità "i giganti imparino a danzare" (Ruta, 1993).

Fig. 6 – Dall'atto al processo



Fonte: Ruta, 1993

II.2 L'analisi organizzativa del Sistema di Business (Mercurio-Testa, 2000)

Il tema dell'organizzazione nasce dal riconoscimento che l'individuo non è capace da solo di soddisfare tutti i propri bisogni e che attraverso uno sforzo coordinato di un maggior numero di risorse può raggiungere risultati capaci di migliorare la propria soddisfazione
L'individuo accetta di limitare la propria libertà e indipendenza di scelta e di comportamento nella convinzione che, attraverso la definizione di specifiche modalità per lo svolgimento delle attività da realizzare, è più facile raggiungere i risultati a cui egli è interessato: tutte le azioni che sono sviluppate da

più individui e/o con il coinvolgimento di più risorse sono sostanzialmente espressione di un processo organizzativo che propone ruoli, attività e modelli di collegamento.
La disciplina dell'organizzazione si dedica proprio allo studio di queste modalità, nell'ottica di fornire criteri generali di comportamento tesi ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.
L'esigenza di fornire indicazioni più coerenti alle scelte organizzative prese nell'ambito dei sistemi aziendali pone però un problema di chiarimento sugli aspetti di metodo e di contesto ai quali è possibile fare riferimento.

Le scelte di fondo che devono essere affrontate possono essere ricondotte alle riflessioni stimolate da due principali quesiti:
1. quali sono i criteri che guidano l'azione organizzativa?
2. quali sono i confini dell'organizzazione?

II.2.1 **I criteri che guidano l'azione organizzativa**

La disciplina dell'organizzazione aziendale si dedica all'analisi ed al disegno dei processi di divisione del lavoro o di coordinamento fra più soggetti in un sistema di attività economiche. Tale dottrina infatti esamina dal punto di vista scientifico quell'insieme di problematiche tipicamente affrontate da chi - lavorando all'interno di piccole imprese a conduzione familiare o di grandi gruppi multinazionali, di imprese manifatturiere o di imprese di servizi, di studi professionali o di uffici della pubblica amministrazione, di organizzazioni di volontariato o di centri di ricerca, di associazioni sindacali o imprenditoriali e così via - si preoccupa di identificare il modo «migliore» per aggregare, combinare, coordinare, controllare, in una parola organizzare persone e tecnologie o, più in generale, risorse economiche.
Nel linguaggio comune, di fatto, organizzarsi significa cercare il modo per svolgere un'attività risparmiando tempo, non commettendo errori, non sovrapponendosi con il lavoro degli altri, realizzando proprio ciò che si è convenuto con i propri colleghi e superiori. Dunque, essere ben organizzati significa essere efficaci, essere efficienti e, inoltre, essere soddisfatti di quello che si sta realizzando.
E' intuitivo che, come accade nell'attività sportiva, l'esperienza e la pratica, alla lunga, consentono a chiunque di trovare, anche individualmente, un modo per migliorare il proprio lavoro e le proprie prestazioni nel senso su indicato. Ma organizzare è anche progettare una attività, una nuova impresa o associazione, un insieme di risorse per un periodo più o meno limitato di tempo, problemi che necessitano di soluzioni nuove non sperimentate prima e soprattutto non fondate su un approccio per «prova ed errore».
Tuttavia, è altrettanto evidente che se si considerano attività complesse le quali necessariamente devono essere svolte da una pluralità di individui, dunque da una collettività, la loro esecuzione è condizionata da differenze esistenti fra le persone che ovviamente possono distinguersi l'una dall'altra per età, sesso, personalità, cultura, religione, etnia, competenze, conoscenze, valori, obiettivi. Inoltre tale pluralità di individui utilizza e/o controlla risorse Qualitativamente e quantitativamente differenti, - *budget*, macchinari, informazioni, *know-how*, etc. - che rendono più complesso il problema organizzativo da risolvere, soprattutto nell'ottica del coordinamento.
Ne consegue che la creazione di un'organizzazione efficace, efficiente e in grado soddisfare i bisogni di tutti coloro che la compongono si presenta come un problema non sempre di semplice soluzione, tanto da richiedere l'ausilio di sistemi, modelli e metodi scientifici in grado di tenere conto e conciliare adeguatamente tutte le variabili in gioco.
In aggiunta, una forte influenza sulle modalità di organizzazione del lavoro è esercitata dalla tecnologia, vale a dire dagli strumenti operativi utilizzati e dalle conoscenze necessarie per il loro corretto impiego. La sostituzione di un impianto meccanico con un altro elettronico, l'introduzione di sistemi informatici per lo svolgimento di compiti che prima erano eseguiti manualmente, l'adozione di un nuovo componente o il ricorso ad un nuovo materiale per la realizzazione di un prodotto sono esempi immediati che evidenziano come, di fatto, un qualsiasi cambiamento tecnologico possa mettere in discussione l'esperienza acquisita, le conoscenze e le competenze di chi lavora in un'azienda, in un

ufficio, in uno studio professionale e renda necessario riflettere di nuovo sulla modalità più corretta per rendere efficace ed efficiente l'organizzazione delle attività da svolgere.
Può dirsi che il compito di chi intende affrontare scientificamente il problema organizzativo sia proprio quello di ricercare e suggerire la modalità "migliore" – nei casi in cui esista - per dividere e coordinare le attività interdipendenti messe in atto da una pluralità di persone. Tuttavia, la prima difficoltà con cui si confrontano gli studiosi dell'organizzazione aziendale è proprio il significato da attribuire all'aggettivo "migliore", dato che esistono molteplici accezioni utilizzate nel corso dell'evoluzione del pensiero organizzativo per classificare in tal senso una particolare modalità di divisione e coordinamento di attività economiche. In effetti, la disciplina è stata da sempre caratterizzata da un fervore scientifico generato dal continuo confronto fra teorie, ipotesi, modelli elaborati da autori di più svariata specializzazione e competenza: ingegneri, giuristi, sociologi, psicologi, economisti, aziendalisti, informatici, semiologi, antropologi, matematici da sempre hanno prodotto un intenso dibattito interdisciplinare che ha sicuramente giovato alla fertilità e alla crescita scientifica.
Alcune delle principali ipotesi che hanno indirizzato la ricerca scientifica e la pratica manageriale nello studio e nella progettazione di organizzazioni «migliori», formulate da studiosi attivi in epoche successive, caratterizzati da *background* scientifici eterogenei e dotati di metodologie di lavoro e "linguaggi" alternativi, sono le seguenti:
- l'organizzazione migliore è un'organizzazione ottima e universale;
- l'organizzazione migliore è un'organizzazione adatta ad alcune specifiche circostanze;
- l'organizzazione migliore è un'organizzazione economicamente più conveniente;
- l'organizzazione migliore è un'organizzazione legittimata dal contesto sociale.

II.2.2 I confini dell'organizzazione

Nell'esperienza di chi opera e lavora all'interno di un'impresa, un ufficio, un ente, individuare il confine che separa la propria organizzazione da tutto ciò che è ad essa esterno appare scontato e semplice. E' infatti vero che esistono delle barriere fisiche (muri, pareti, edifici, etc.), delle barriere giuridiche (denominazione sociale, contratti di società, contratti di lavoro subordinato, contratti commerciali e così via), barriere temporali (orari di lavoro, calendari, etc.) che separano con decisione chi è dentro ad un'organizzazione da chi ne è fuori.
Tuttavia, nel momento in cui nella pratica manageriale occorre affrontare il problema organizzativo e analizzare le modalità esistenti di divisione e coordinamento delle attività modificandole in un senso ritenuto preferibile, ecco che i confini che separano ciò che è dentro ad un'organizzazione da ciò che è fuori diventano meno precisi, più ambigui e incerti. E' importante ricordare che fenomeni quali l'*outsourcing*, gli accordi di *partnership*, le *joint venture*, le strutture societarie con articolazioni molto complesse, i contratti di lavoro flessibili, rendono di fatto difficile identificare i limiti della zona di esercizio del potere decisionale manageriale.
Cercare di risolvere il problema organizzativo, infatti, significa non solo decidere come coordinare e dividere le attività svolte da chi è legato a un'organizzazione da contratti di lavoro subordinato (e dunque tradizionalmente viene considerato interno all'azienda) ma anche, ad esempio, implementare e coordinare progetti di collaborazione con fornitori, con concorrenti e con clienti, regolare il funzionamento di consorzi e associazioni, coordinare i rapporti con enti e istituzioni e così via.
Gli studi di organizzazione hanno da tempo recepito la necessità di analizzare modalità di coordinamento diverse da quelle tipicamente adottate all'interno dell'organizzazione (autorità e gerarchia) e hanno rivolto la loro attenzione alla valutazione delle modalità di stipulazione di contratti di collaborazione e *partnership* fra imprese, del ruolo degli accordi informali esistenti fra *manager* di diverse aziende, dell'importanza delle relazioni di amicizia, conoscenza e fiducia che influenzano lo scambio, dei rapporti di potere e dipendenza rilevabili fra fornitori, clienti, concorrenti e istituzioni.
In sostanza, non è più chiaro aprioristicamente dove inizi e termini il confine dell'organizzazione ed infatti, sono stati proposti numerosi criteri utili a tal fine.
Secondo Peter M. Blau sarebbe l'identità sociale acquisita da chi lavora in un'impresa, in un ente, in un'associazione a definire chi vi appartiene e chi no (e dunque il suo confine): la maggior parte delle

organizzazioni, infatti, sviluppa dei criteri normativi abbastanza precisi per distinguere fra membri e non membri. Ma tale interpretazione potrebbe sembrare valida per considerare il problema da un punto di vista più psicologico che non decisionale e organizzativo.
Secondo Jeffrey Pfeffer e Gerald R. Salancick, invece, il confine di un'organizzazione è dato dal suo potere, vale a dire dalla sua sfera di influenza sul comportamento dei singoli che ad essa appartengono: un'organizzazione «termina» quando iniziano l'influenza e il controllo di un'altra organizzazione. Naturalmente, seguendo l'impostazione suddetta, rimarrebbe ancora da risolvere il problema di valutare e misurare adeguatamente tali elementi, nonché di formulare delle indicazioni normative dal punto di vista manageriale.
La teoria transazionale, invece, identifica il confine fra ciò che è interno e ciò che è esterno a un'organizzazione distinguendo in base alla natura (giuridica, economica, etc.) dei molteplici meccanismi utilizzati per coordinare le attività interdipendenti svolte da diversi soggetti: si è in presenza così di un'organizzazione se si fa ricorso alla gerarchia e all'autorità; si è invece in presenza di altre strutture socioeconomiche (il mercato, i quasi mercati, le quasi organizzazioni) quando sono altre le modalità di coordinamento impiegate quali il prezzo, i contratti di collaborazione, la fiducia, etc.. Dunque, con il contributo di Oliver Williamson e degli altri teorici dell'economia dei costi di transazione, anche gli studi economici hanno iniziato a fare i conti con la «scatola nera» dell'organizzazione, hanno affrontato cioè il problema del comportamento organizzativo e della razionalità limitata nelle scelte economiche.
Il discorso si complica non poco considerando le altre impostazioni citate. Nella prospettiva neoistituzionalista, ad esempio, lo stesso *manager* deve considerare una serie di elementi collocati al di fuori della sua azienda: sulla cultura e sui valori dell'organizzazione possono impattare anche elementi esterni all'organizzazione dai lavoratori che stabilmente si occupano di servizi affidati in *outsourcing* - pulizia, mensa, etc. - ai consulenti che in maniera continuativa operano nell'impresa interagendo con gli altri membri dell'organizzazione e contribuendo a modificare valori, relazioni, miti, obiettivi dell'organizzazione.
Altro aspetto potrebbe essere quello della fusione di due società: si tratta di una nuova organizzazione che presenta problemi di integrazione e di coordinamento di non facile soluzione. Spesso le motivazioni allo sviluppo di processi di acquisizione e fusione non derivano solo da esigenze di miglioramento delle performance aziendali, ma anche dalla volontà di assumere maggior potere nel settore di attività o nel contesto istituzionale nel quale si opera.
In questo caso l'ambiguità dei confini diventa più elevata e in alcuni casi l'identità sociale dei lavoratori delle aziende che si devono integrare gioca un ruolo di divisione delle strutture, piuttosto che di chiara delimitazione dei confini organizzativi.

II.3 L'analisi dei processi sanitari e i fabbisogni informativi

Si è già accennato in precedenza (Ruta, 1993) che l'analisi dei processi e delle attività che li compongono può permettere, nell'ambito della gestione ospedaliera, di:
- identificare i fabbisogni del paziente che non sono stati ancora soddisfatti o che non sono adeguatamente soddisfatti,
- individuare tutte le attività, dirette e indirette, che consumano risorse ma non aggiungono alcun valore al servizio offerto al paziente,
- scoprire metodologie di svolgimento dei processi clinico-assistenziali che risultano troppo complessi e determinano problemi a livello di *lead time* (tempo di attraversamento di ogni fase del processo) e di *set up* (tempo di attrezzaggio per le diverse unità operative).

L'identificazione di eventuali *gap* nel soddisfacimento dei fabbisogni del paziente permette al *management* ospedaliero di focalizzare l'attenzione su ciò che risulta veramente importante per il paziente: è il primo passo per assicurare l'efficacia del processo. Inoltre, individuando inefficienze e ritardi nelle singole attività e nei collegamenti tra le diverse attività, è possibile semplificare l'intero processo e renderlo più efficiente, nonché ridurre i costi e i tempi di svolgimento.

Vediamo ora quali sono le fasi attraverso le quali è possibile svolgere l'analisi dei processi e delle attività che li compongono.

II.3.1 Identificazione e definizione del processo

Innanzitutto si tratta di individuare i processi svolti all'interno dell'azienda-ospedale e delinearne il flusso di svolgimento. Ciò significa individuare l'*input* e l'*output* del processo (e delle sue singole fasi), nonché le diverse risorse (tecnologia, risorse umane, strutture, *know-how*, metodologie, etc.) che intervengono nello svolgimento del processo stesso. Ciò dovrebbe portare anche a determinare il costo attuale di ogni processo. Successivamente si identificano i fabbisogni critici del paziente, gli obiettivi che il *management* ospedaliero intende perseguire rispetto ad essi (miglioramento della qualità del servizio, riduzione dei tempi di degenza e così via) e i fabbisogni del cliente interno del processo.
A questo punto bisogna confrontare i fabbisogni del paziente rispetto agli *output* e agli *input* dei diversi processi, in modo da capire se e come essi contribuiscano alla soddisfazione del paziente stesso.

II.3.2 Analisi delle attività

Una volta individuati e definiti i processi, si analizzano le attività svolte all'interno di ognuno di essi e le interrelazioni che legano le attività stesse.
E' in questa fase che, partendo dai fabbisogni del paziente e da ciò che costituisce valore per quest'ultimo, si distinguono attività che aggiungono valore e attività che non aggiungono valore. Successivamente si procede a determinare i costi e il tempo di ciclo di ogni attività, riuscendo in questo modo a calcolare l'efficienza di ciclo (tempo che aggiunge valore/tempo totale) per ogni processo, cumulando l'efficienza di ciclo lungo tutta la catena del valore dell'azienda-ospedale.

II.3.3 Analisi delle determinanti (*driver*)

Per ogni attività si procede a determinare quei fattori che costituiscono le principali determinanti (*driver*) del consumo di risorse da parte dell'attività e che sono indicativi dei carichi di lavoro ad essa collegati.
Ad esempio per l'attività di radiologia il *cost driver* potrebbe essere il numero di radiografie effettuate o il numero di attrezzaggi, per l'attività di sala operatoria il *cost driver* potrebbe essere il numero di attrezzaggi o le ore di funzionamento, per l'attività di contabilizzazione potrebbe essere il numero delle scritture contabili effettuate; per l'attività di approvvigionamento farmaci potrebbe essere il numero di ordini di approvvigionamento o il numero di fornitori e così via. Tali determinanti hanno quindi una forte relazione causale con costi, tempi, qualità dell'attività stessa e sono in grado di interpretare adeguatamente le relazioni causali tra l'attività e il servizio offerto al paziente. Ovviamente si individueranno più "*driver*" per ogni attività e sarà quindi importante catturare quelli che risultano più significativi.

II.3.4 Individuazione di opportunità di razionalizzazione e miglioramento

In questa fase si procede a individuare il *range* all'interno del quale intervenire per migliorare il soddisfacimento del paziente e la gestione dell'azienda-ospedale: si tratta di razionalizzare o ridisegnare il processo, al fine di soddisfare le esigenze del paziente al minor costo possibile. Infatti, sulla base dell'analisi dei processi e delle attività, svolta come visto in precedenza, sarà possibile individuare:
- interventi di miglioramento e razionalizzazione dello svolgimento delle attività che aggiungono valore;
- interventi di eliminazione o minizzazione delle attività che non aggiungono valore;
- riprogettazione della struttura del processo e delle interrelazioni tra le diverse attività che lo compongono;

- interventi di cambiamento delle risorse (tecnologia, risorse umane, *know-how* e via dicendo) impiegate nel processo.

Una volta attuati gli interventi delineati, si dovrà sviluppare un sistema di misure di *performance* e di indicatori di miglioramento per monitorare il risultato di questi interventi.
La logica gestionale fin qui illustrata richiede che i sistemi di contabilità direzionale nelle realtà ospedaliere possano fornire le informazioni necessarie per svolgere un controllo continuo dei processi e una loro costante razionalizzazione o, in altre parole, fornire le informazioni per soddisfare i fabbisogni informativi che caratterizzano una gestione focalizzata sui processi.
Oggi più che mai il *manager* sanitario ha bisogno di informazioni per capire se i servizi offerti soddisfano i fabbisogni dei pazienti e per individuare le cause dei costi (ritardi, inefficienze, duplicazioni di attività, irregolarità). Egli deve essere in grado di capire quali azioni attivare per perseguire il miglioramento della gestione medico-ospedaliera e deve poter misurare i risultati di tali azioni.
Di fronte a questi fabbisogni informativi è necessario che l'azienda-ospedale aggiorni i propri strumenti di controllo e li adegui alle nuove esigenze competitive e gestionali.

Come si vede, la sfida per la contabilità direzionale è notevole: sono necessari profondi cambiamenti nei sistemi di calcolo dei costi e di misurazione economico-finanziaria.

A tal proposito, si vuole indicare una possibile direzione lungo la quale muoversi per costruire un sistema di contabilità direzionale adeguato a supportare la gestione dei processi ospedalieri. Si tratta di un sistema che, ispirandosi al concetto di *Activity-Based Costing* (ABC), è possibile definire come un sistema *Activity-Based Information* (ABI). Vale a dire un sistema di contabilità direzionale che assuma come oggetto di rilevazione le attività e i processi (individuati secondo i criteri visti in precedenza) e che non raccolga solo informazioni economico-finanziarie, ma fornisca anche informazioni tecnico-operative, procedendo cioè a una misurazione fisica (oltre che economica) dei processi sanitari stessi.

II.3.5 *Activity-Based Information System*

Per ABI si intende un sistema di contabilità direzionale che fornisca tempestivamente e in modo accurato tutte le informazioni per migliorare costantemente il livello di efficienza nello svolgimento del processo e la qualità dell'*output* del processo stesso. Si tratta di un sistema di misurazione ampio, articolato in tre sotto-sistemi che funzionano in modo strettamente coordinato.
Un primo sotto-sistema è orientato a raccogliere misure non monetarie relative alle fonti di valore competitivo (tempo, qualità, flessibilità) presenti nelle attività e nei processi sanitari. Si tratta di misure che la realtà dell'azienda-ospedale e la tipologia particolare di attività ivi svolte possono rendere complesso e laborioso determinare, ma che sono assolutamente necessarie. Infatti queste informazioni, che scaturiscono dall'analisi dei *driver* vista in precedenza, permettono di costruire indicatori del livello di efficienza e di efficacia col quale i processi soddisfano i fabbisogni del paziente. E' grazie a questi indicatori che si riescono a individuare:
- irregolarità e sprechi: si pensi ad esempio al numero di radiografie che vengono ripetute sul numero totale di radiografie effettuate;
- ritardi nello svolgimento dei processi e nel soddisfacimento dei fabbisogni del paziente: si pensi al numero di pazienti dati pronti e non operati, o al numero di giorni che intercorrono tra la prenotazione e la data di effettuazione della prestazione medica, o al tempo che intercorre tra l'esecuzione di due o più esami specialistici tutti indispensabili ai fini diagnostici.

Gli indicatori in oggetto, essendo espressivi dei fattori che principalmente impattano sull'efficacia del processo, vengono individuati nella fase di analisi delle attività e di analisi dei *driver*. Inoltre, poiché oggetto di attenzione è l'*output* del processo, occorre monitorare anche le interrelazioni tra le diverse attività costituenti il processo stesso: non è tanto il risultato dell'attività in assoluto che interessa, quanto il suo risultato in relazione alla *performance* del processo nel suo complesso. In altre parole sono necessari anche degli indicatori che permettono di tenere sotto controllo i momenti di collegamento tra le diverse

attività lungo il processo: si pensi al numero di attrezzaggi della sala operatoria che non hanno dato luogo a interventi per la mancanza dell'*output* di attività precedenti, rispetto al numero totale di attrezzaggi. Questo tipo di controllo per indicatori non si sostituisce al più tradizionale controllo sui fattori economico-finanziari, anzi integra e completa quest'ultimo, mettendo in risalto fenomeni che altrimenti resterebbero nascosti nei valori monetari.
Un secondo sotto-sistema deve permettere di determinare quanto costa svolgere ogni specifico processo, ovvero il costo di ogni processo. A tal fine bisogna scegliere come metodologia di calcolo dei costi il *direct costing* evoluto, avendo come oggetto di calcolo le attività e i processi. In pratica si parte dal presupposto che i costi sono determinati dalle attività che consumano risorse e quindi i costi stessi possono essere attribuiti in modo corretto e appropriato alle attività. In questo modo è possibile stabilire il costo di un determinato processo, perché se il costo è superiore al valore prodotto dal processo stesso allora l'azienda-ospedale non è così efficiente come potrebbe essere.
Conoscere i costi di processo può essere utile anche per altri utilizzi: politiche di *pricing*, analisi di redditività, rapporto con altre realtà sanitarie, controllo dei costi di struttura, supporto all'attività decisionale, *budgeting*, decisioni relative all'utilizzo di strutture esterne, confronto con gli stessi processi messi in atto in altre realtà sanitarie.
Quindi, questo criterio di calcolo dei costi focalizza l'attenzione del *management* ospedaliero sulle attività e sui processi: i processi rappresentano l'oggetto rispetto al quale rilevare informazioni economico-finanziarie. Si tratta in pratica di attribuire a ciascuna attività i suoi costi specifici (variabili e fissi) derivanti dallo svolgimento del processo, in modo da andare poi a determinare il costo specifico di ciascun processo.
Per costi specifici si intendono quei costi relativi a fattori partecipanti esclusivamente alla coordinazione produttiva alla quale il calcolo di costo è riferito. I costi comuni sono invece quelli relativi a fattori che concorrono allo svolgimento di coordinazioni produttive differenti, assunte come distinti oggetti di imputazione dei costi.
Quindi, solo i costi specifici possono essere attribuiti all'oggetto di calcolo in modo oggettivo ed esclusivo, senza ripartizioni arbitrarie. In pratica si tratta di quei costi che verrebbero meno nel caso in cui si procedesse a eliminare l'oggetto di calcolo stesso. In tale ottica, questi costi sono generalmente anche quelli maggiormente controllabili dal responsabile di processo.
Infatti, riteniamo che per razionalizzare, controllare e monitorare il processo non serva attribuire ad esso quote di costi non specifici del processo, in quanto ciò non aiuterebbe il responsabile di processo a correggere un problema o ad approfondire la sua conoscenza del processo stesso: in realtà egli dovrebbe vedere solo i costi che può controllare e dovrebbe essere ritenuto responsabile solo di tali costi.

Per responsabile di processo (*process owner*) intendiamo l'operatore sanitario che:
- ha la responsabilità di gestire la definizione degli obiettivi del processo affidatogli;
- deve coordinare l'impiego delle risorse all'interno del processo stesso;
- è responsabile dei risultati del processo lungo tutta la struttura organizzativa.

Si tratta di una figura molto importante ai fini del miglioramento della gestione medico-ospedaliera e dovrebbe essere istituita dopo che sono stati identificati e ridisegnati i processi dell'azienda-ospedale. La sua presenza è assolutamente necessaria, visto che egli è l'unico a poter vedere e valutare il processo nel suo completo svolgimento. Infatti gli operatori delle singole attività che compongono il processo possono conoscere le caratteristiche e l'andamento delle singole attività, possono essere sensibilizzati sul rapporto con le attività a monte e a valle, ma non hanno la visione del fluire del processo nel suo complesso e quindi dei collegamenti tra le diverse attività.
La ripartizione delle responsabilità a livello di processo nell'ambito dell'azienda-ospedale ha comunque delle implicazioni comportamentali e di struttura organizzativa assai rilevanti che richiederebbero ulteriori approfondimenti, ma che non costituiscono obiettivo di questo scritto. I due sotto-sistemi che abbiamo illustrato, nel loro insieme, permetterebbero inoltre di sviluppare un sistema di *responsability accounting* (*accountability*) e di misurazione delle *performance*, sempre con orientamento ai processi.
Infatti, in primo luogo, analizzando attentamente il processo è, possibile capire le fonti dei costi e come si incorre in essi. In questo modo si è in grado di attribuire al processo stesso i costi ad esso connessi in

modo specifico, ovvero i costi generati nell'ambito del processo e per la maggior parte controllabili da chi opera nel processo stesso. Tutto ciò permette di collocare la responsabilità di costo all'appropriato livello di controllo nella catena del valore.
In secondo luogo, il sistema fornisce tutti gli indicatori di *performance* (di costo, di qualità, di flessibilità, di tempestività e così via), sia economico-finanziari sia, soprattutto, fisico-tecnici, che permettono di controllare i risultati effettivi del processo rispetto a quelli attesi. In tal modo si è in grado di capire: qual è lo *status* del processo, qual è stata la sua efficacia relativa nel tempo, quali cambiamenti sono necessari. Ciò fornisce un adeguato supporto agli interventi di miglioramento della qualità di riduzione dei costi. Infatti l'attenzione viene concentrata sui livelli di attività più significativi e si dispone delle informazioni adeguate a capire come eventuali cambiamenti nel modo di svolgere le attività e nella struttura del processo impattino sull'efficacia e sull'efficienza finale del processo stesso.
Il terzo sotto-sistema ha una significatività strettamente legata al suo utilizzo all'interno del sistema ABI. Esso diviene utile nell'ipotesi in cui diventi necessario calcolare un costo pieno del processo produttivo o del servizio offerto al paziente. Ciò può avvenire, ad esempio, qualora nella determinazione del prezzo si voglia seguire una logica di *full cost-plus pricing* (stabilire un prezzo pari al costo pieno, più un certo margine di risultato economico) o entrare nella logica di costruire un costo strategicamente corretto a fini di stimolo motivazionale (costo modulare).
In questa logica si può guardare ai servizi offerti al paziente o ai processi produttivi come ai prodotti dell'azienda-ospedale e muoversi in ottica di *Activity-Based Product Costing*, vale a dire calcolare un costo pieno del servizio prodotto dall'azienda-ospedale.
Tale criterio di calcolo parte dal presupposto che i costi sono determinati dalle attività che consumano risorse e i servizi offerti dall'azienda-ospedale incorrono in tali costi per effetto delle attività di cui necessitano per essere realizzati (amministrazione, logistica, direzione, EDP, gestione del personale e così via). Da ciò deriva che, mentre i costi specifici possono essere attribuiti direttamente al processo produttivo, i costi delle attività indirette vengono attribuiti attraverso un meccanismo di ripartizione articolato in due fasi.
Nella prima fase i costi comuni vengono localizzati in specifici centri di costo di attività (*activity-cost pool*), individuati attraverso l'analisi vista in precedenza. Si tenga presente che ognuno di questi centri è composto di più microattività accomunate dall'avere uno stesso *cost driver*, vale a dire una stessa determinante di costo. Ad esempio, diverse microattività amministrative possono raggrupparsi in un'attività di contabilizzazione il cui *cost driver* potrebbe essere il numero di scritture contabili. Ciò significa che tale valore è espressivo del fattore che è la principale determinante dei costi di contabilizzazione e che meglio spiega l'assorbimento dell'attività indiretta di contabilizzazione da parte dei diversi processi produttivi.
Quindi, nella seconda fase, i costi localizzati nei centri di attività vengono imputati ai processi produttivi utilizzando come base di ripartizione i *cost driver*. Ciò significa, proseguendo nell'esempio visto in precedenza, che i costi dell'attività di contabilizzazione verranno imputati utilizzando come base di ripartizione il numero di scritture contabili.
In pratica si tratta di una particolare forma di *full costing* che, avvalendosi di un'attenta analisi delle attività, si sforza di rendere la ripartizione di numerose voci di costo meno soggettiva di quanto non avvenga nei sistemi tradizionali. Si avrà quindi un *full costing* più oggettivo, caratterizzato da una "certosina" ricerca di basi di ripartizione il più possibile corrette, che forse permette di recuperare anche alcuni aspetti di base del *direct costing* (ad esempio si cerca di evitare il più possibile ribaltamenti intermedi tra centri di costo di attività).
Rimane comunque chiaro che, qualunque sia il criterio di ripartizione seguito, per il calcolo del costo pieno del processo produttivo o del servizio erogato dall'azienda-ospedale il risultato non può essere mai oggettivo.
Infatti, il criterio del *full costing*, anche se particolarmente sofisticato e dettagliato, come quello che caratterizza l'*Activity-Based Product Costing*, soffre del fatto che cambiando la scelta delle basi di ripartizione dei costi indiretti, a parità di impiego delle risorse produttive e del costo di acquisto delle risorse stesse, cambia il costo pieno dell'oggetto di calcolo. Ma, d'altro canto, la scelta dei *cost driver* da utilizzare come base di ripartizione, per quanto connessa a un'analisi rigorosa delle attività, finisce per essere una scelta soggettiva.

Tuttavia, proprio quest'ultimo aspetto (diverse basi di ripartizione = diversi valori di costo pieno) costituisce uno dei punti di forza dell'utilizzo del *full costing*. Infatti tale metodologia permette di costruire un costo più o meno pieno (modulare) strumentale, vale a dire un costo in cui si sceglie la base di ripartizione dei costi comuni che risulta più adeguata per ottenere configurazioni di costo pieno in grado di penalizzare i comportamenti indesiderati e incentivare i comportamenti coerenti con gli obiettivi strategici dell'azienda-ospedale.

II.3.6 La *Balanced Scorecard*

Quanto detto non è in antitesi, anzi può esserne supporto, con la "*Balanced Scorecard*".
La *Balanced Scorecard* (BSC) è uno strumento di programmazione multidimensionale che nasce verso la fine degli anni Ottanta, con lo scopo di assicurare una maggiore integrazione tra pianificazione di medio-lungo termine (o programmazione strategica) e la formulazione degli obiettivi annuali (programmazione direzionale) (Kaplan e Norton, 1992; Baraldi, 2005). La BSC rappresenta, al pari di altri strumenti di programmazione multidimensionali, uno strumento finalizzato ad assicurare organicità alla funzione di programmazione attraverso modalità che assicurano la massima consapevolezza degli attori interessati nella fase di formulazione degli obiettivi.
La logica che sottende al funzionamento della BSC nasce dalla constatazione che i risultati di un'azienda (o di un sistema organizzativo complesso) non possono essere adeguatamente rappresentati da un'unica o prevalente tipologia di indicatori. Accanto ai tradizionali indicatori di carattere economico-finanziario, infatti, è necessario prevederne altri in grado di rappresentare i passaggi intermedi che l'azienda (o il sistema organizzativo) deve compiere per raggiungere gli obiettivi finali.
In questo senso, la BSC propone una lettura dei risultati (o *performance*) dell'azienda (o del sistema organizzativo considerato) di carattere multidimensionale (Frittoli e Mancini, 2004; Cuccurullo e Tommasetti, 2004) utilizzando, in modo "bilanciato", un sistema di indicatori di differente natura che riguardano i seguenti ambiti di interesse:

- **Risultati**: rappresenta la capacità dell'azienda di perseguire i propri obiettivi strategici in condizioni di economicità.
- **Clienti**: ha lo scopo di misurare, comprendere e modificare (orientare) la percezione che i clienti (interni ed esterni all'organizzazione) hanno dei risultati aziendali (o del sistema organizzativo).
- **Processi Interni**: per misurare la capacità dell'azienda (o del sistema organizzativo) di eccellere nello svolgimento dei processi gestionali interni assicurandone l'appropriatezza economica e organizzativa (nel caso dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali integrati (ICP) anche clinico-assistenziale);
- **Crescita e Sviluppo**: in questa prospettiva sono identificate le azioni e gli indicatori espressione delle progettualità avviate per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale e, più in generale, per la crescita dell'azienda (o del sistema organizzativo).

Prendendo in considerazione tali ambiti di interesse, la BSC propone lo sviluppo di una "mappa strategica" a partire da una riflessione sulla missione e sulla visione aziendale (o del sistema organizzativo considerato).
Da queste si ricavano le principali aree chiave di intervento (*Key Performance Areas* o KPA), che rappresentano le attività critiche da cui dipende fortemente il raggiungimento degli obiettivi strategici.
La tecnica della definizione della mappa strategica permette di selezionare le KPA più importanti. Esse vengono fra loro collegate in una logica di relazioni "causa-effetto" che rappresentano uno degli aspetti di maggiore innovatività della BSC. L'identificazione delle relazioni di "causa-effetto" tra le KPA costringe il *manager* dell'organizzazione sanitaria ad esplicitare la rilevanza che ciascuna componente della programmazione ha nell'ambito del perseguimento della strategia.
Una volta individuate le Aree Chiave più importanti, si ricavano gli Indicatori Chiave (*Key Performance Indicators* o KPI), utilizzati allo scopo di misurare e quindi di verificare la capacità dell'organizzazione (o del sistema organizzativo) di presidiare le KPA controllabili.
Per ciascuna KPA possono essere definiti più KPI. Tuttavia, un numero eccessivo di indicatori deve far riflettere sull'opportunità di complicare la mappa strategica mediante la scomposizione di alcune KPA inizialmente individuate.

Si definiscono infine le azioni o iniziative strategiche. Si tratta dei programmi di azione e i progetti che l'organizzazione (o il sistema organizzativo) ha ritenuto opportuno intraprendere per presidiare le KPA e per perseguire gli orientamenti e gli obiettivi in esse contenuti. In buona sostanza, l'esplicitazione delle azioni e dei progetti rappresenta la modalità di tradurre in termini operativi il contenuto della strategia. Di norma un piano strategico contiene gli elementi necessari per l'individuazione di azioni e progetti.
Nel caso del progetto di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale integrato (ICP) il piano coincide con la sequenza delle attività che è stata definita.
Il *set* di indicatori viene definito dal *team* multidisciplinare che progetta il percorso. E' importante associare tali indicatori alle KPA definite dal *management* del sistema sanitario, facendo in modo di coprire tutte le KPA chiave. In tal modo il *team* multidisciplinare è sicuro di seguire correttamente le linee strategiche del *management*, il quale è così in grado di monitorare gli effetti della sua programmazione. Se la sequenza delle attività che compongono l'ICP non permette di raggiungere i livelli attesi degli indicatori, il *team* multidisciplinare, a seguito di un processo di valutazione periodica delle *performance*, può decidere di adottare una delle varianti suggerite dai professionisti che hanno adottato il percorso. Questa metodologia, tipica dello sviluppo ed aggiornamento degli ICP, permette di garantire un vero e proprio ciclo di miglioramento continuo dell'assistenza socio-sanitaria (Previtera et al., 2011).

Considerazioni conclusive

Giungiamo allora alla "cura delle reti" e al "*welfare* delle relazioni". Oggi più che mai, di fronte ai notevoli cambiamenti nei sistemi di *welfare*, è necessario che gli operatori sociali adottino una metodologia "relazionale": la competenza professionale deve essere messa in relazione con l'esperienza di coloro che vivono in presa diretta i problemi di vita; gli apporti della famiglia, del volontariato e di tutti i soggetti disponibili a darsi da fare per un singolo o una comunità devono essere riconosciuti e valorizzati. Vari saggi illustrano linee guida ed esempi concreti di questa metodologia ed è presente una serie di proposte che possono insegnare a impostare interventi e servizi sociali davvero efficaci. Un lavoro sociale rivolto a osservare e facilitare quella rete di persone che è la vera protagonista del "prendersi cura" (Folgerhaiter, 2006).
"…omissis… Così come gli architetti in passato hanno tradizionalmente progettato ospedali ed altre strutture di servizio per soddisfare i bisogni delle aree circostanti, così in futuro si progetteranno reti e interfacce virtuali di sistemi ospedalieri e di altri servizi per "comunità estese" …omissis… . La rete dell'organismo sarà collegata alla rete ambientale, la rete ambientale alla rete dell'ospedale, la rete dell'ospedale alla rete della "comunità estesa", la rete della "comunità estesa" alla rete della
"società estesa" …omissis… . La "società estesa" dovrà favorire la collaborazione e la partecipazione, quindi il suo sviluppo dovrà essere guidato da politiche tecnologiche che assicurino interoperabilità e cooperazione attraverso *standard* definiti e condivisi. L'accesso universale ai servizi dovrà essere garantito considerando le infrastrutture telematiche alla stregua di altri servizi pubblici tradizionali …omissis… . Nel caso dell'evoluzione che sta seguendo il processo clinico-sanitario sia dal punto di vista diagnostico-terapeutico che della prevenzione, la possibilità di far conoscere e far capire meglio al cittadino quelli che sono i cambiamenti scientifici in corso arricchirebbe non solo il singolo individuo ma l'intera collettività, che potrebbe farsi così parte attiva nella costruzione di un nuovo sistema di valori …omissis…" (Ruta, 2006).
Si è decisamente superato il concetto di *valore* così come esso era inteso qualche decennio fa e già riportato (Miles, 1967). Siamo oggi di fronte ad una rivoluzione culturale, così come di seguito puntualizzato: "…omissis… Il valore aggiunto di questa rivoluzione tecnologica che crea una discontinuità così importante, rapida e trasversale è anche quello di permetterci di ripercorrere l'evoluzione di quattro miliardi di anni di storia. Quello che è avvenuto è stata una continua evoluzione verso una rete complessa. Partendo dagli atomi si è passati alle molecole semplici, dalle macromolecole come il DNA alle proteine, dalle cellule batteriche alle cellule nucleate, da colonie di cellule ad organismi pluricellulari, da individui pluricellulari a comunità di individui. Quindi non solo la continua evoluzione dal semplice al complesso, ma dal singolo alla rete di conoscenza strutturata ed integrata. Inoltre nel corso di questa evoluzione ogni struttura successiva si è presentata come qualcosa di diverso

rispetto alla somma dei singoli elementi, creando così nuovo valore aggiunto. Questo percorso iniziato circa quattro miliardi di anni fa è in continua evoluzione perché, se da una parte con il passaggio dalla fisica classica alla fisica quantistica si stanno studiando le relazioni che esistono a livello sempre più micro tra molecole, nuclei, elettroni, protoni, neutroni, quanti, così dall'altra parte, a livello più macro, l'individuo sta progredendo nell'evoluzione biologica mettendo in rete la "conoscenza estesa". In questo senso sta nascendo una nuova struttura che mettendo insieme le conoscenze produrrà qualcosa di diverso dalla somma delle intelligenze dei singoli individui, in quanto produrrà un enorme valore aggiunto che ricorda molto da vicino il passaggio che è avvenuto dagli organismi monocellulari agli organismi pluricellulari. Nello stesso tempo, come abbiamo detto, le due reti, quella umana (interna) e quella tecnologica (esterna) si stanno mettendo in connessione. L'organismo umano ha cominciato a creare dei prolungamenti neurali connettendo la rete tecnologica al sistema nervoso umano; contemporaneamente si progettano e si realizzano tecnologie che iniziano ad imitare gli stessi schemi di comunicazione e relazione cerebrale, come nel caso dei *microrobot* e dei *bio-chips*. Probabilmente questa evoluzione che si svilupperà in futuro, con modalità e strumenti che oggi non siamo ancora in grado di intravedere, porterà allo sviluppo di quello che abbiamo definito un "organismo esteso". Per molto tempo urbanisti e architetti si sono occupati del corpo umano delimitato dalla cute nel suo ambiente sensoriale circostante di riferimento; oggi sempre più si devono confrontare con "corpi estesi" modulari, riconfigurabili ed ampliabili. Stiamo quindi entrando in un'epoca di "organismi estesi" elettronicamente che vivono e vivranno sempre più nei punti di frontiera del mondo fisico e virtuale, un mondo di attività ed interazioni che si esprimerà attraverso la presenza fisica e/o la presenza virtuale all'interno di nuove città digitali che saranno sempre meno complementari rispetto alle nostre attuali concentrazioni urbane, fisiche fatte di cemento e mattoni. …omissis…

La "società estesa" potrà costituire il reale passaggio dalla società industriale alla società digitale solo se sarà in grado di determinare un'organizzazione sociale centrata sulla valorizzazione delle scelte, delle attitudini individuali e solo se sarà orientata alla diffusione della conoscenza (*knowledge society*). Pertanto diventa importante che avvenga al più presto una riflessione culturale e sociale collettiva, perché solo un rapporto nuovo, frutto però di una corretta informazione, dialogo e partecipazione sociale potrebbe diventare elemento rilevante nella formazione delle politiche istituzionali rispetto allo sviluppo di queste nuove tematiche scientifiche e tecnologiche. Inoltre, solo in questo modo le dinamiche sociali potrebbero diventare esse stesse un elemento di regolazione nella ricerca, nella realizzazione, nell'applicazione delle nuove tecnologie. Un profondo dibattito su queste problematiche può diventare un elemento positivo nella misura in cui avviene tra individui ben informati, anche e soprattutto dal punto di vista scientifico. Così come l'assenza di attenzione al *change management* e alla formazione professionale può creare gravi danni alle aziende e alle istituzioni pubbliche (pena la loro sopravvivenza), gli stessi danni possono essere provocati dall'assenza di comunicazione in campo sociale ed istituzionale …omissis… .

Vari sono i fenomeni che stanno trasformando lo scenario e gli assetti sociali, economici e istituzionali che coinvolgono anche la medicina e, in particolare: a) l'evoluzione della biologia, della genetica e delle biotecnologie, con il passaggio dalla medicina clinica alla medicina molecolare; b) la co-evoluzione del mondo biologico (DNA), del mondo fisico (atomo) e del mondo digitale (*bit*); c) lo sviluppo delle micro- e nano-tecnologie; d) il passaggio dalla *net economy* alla *knowledge economy*; e) la convergenza dei prodotti/servizi e la globalizzazione dei mercati. Tutto ciò implicherà che, mentre la tecnologia continuerà a fornirci prodotti/servizi sempre più "profondi e pervasivi", sarà compito della comunità e della società capirne gli aspetti culturali e socialmente positivi, indirizzarli verso la definizione di valori condivisi e, infine, diffondere tali valori per creare valore aggiunto anche economico, oltre che sociale. Sono le organizzazioni e i sistemi sociali che manipolano la tecnologia e non viceversa: se si tratta di sistemi e organizzazioni flessibili, mobili e innovativi, riusciranno a ricavarne il massimo; se sono invece pesanti, inefficienti, paralizzati, ne dissiperanno tutti i potenziali benefici …omissis…" (Ruta, 2006).

Ritorna in mente il concetto di *resilienza*[13]. Ciò è vero anche per le strutture sanitarie, chiamate anche a grandi cambiamenti nei processi, nei ruoli professionali, nelle responsabilità, nei modi di conduzione, nella cultura generale. "I prossimi anni – prosegue Ruta – costituiranno per le imprese, le organizzazioni pubbliche e i sistemi-paese una finestra unica di opportunità per ridisegnare il territorio competitivo delle organizzazioni e delle economie regionali, per rivoluzionare gli assetti interni ed

esterni, cambiando i modelli di sviluppo e ridistribuendo quote di mercato e vantaggi competitivi. …omissis… . L'intero sistema sanitario dovrebbe quindi essere ripensato come un sistema organizzativo aperto rispetto ai confini strutturali, dove i bisogni espressi dovrebbero trovare adeguata risposta all'interno di una struttura organizzativa "a rete" territoriale-ospedaliera (organizzata politicamente e strategicamente a livello regionale, ma gestita autonomamente a livello periferico) che dovrebbe erogare servizi coordinati, riconvertendo anche strutture in atto impropriamente utilizzate, riproponendone per il futuro delle modalità di rifunzionalizzazione rispetto alle diverse fasi del processo clinico-assistenziale considerato. Quindi - al di là ed ancor prima di qualsiasi *slogan*: pubblico/privato, burocrazia/*management*, etc. - fondamentale è capire che in questo momento ci troviamo di fronte a un importante processo di cambiamento che, se da una parte necessita di una profonda analisi critica dei nostri sistemi organizzativi sanitari partendo dalla riorganizzazione della microstruttura produttiva, dall'altra richiede che la tradizionale gestione del personale orientata al controllo venga al più presto sostituita da una gestione del personale orientata soprattutto alla formazione, che dovrebbe essere continua e intensa come il processo di produzione stesso, perché in un ambiente caratterizzato da continui cambiamenti gli operatori dovranno essere più flessibili e motivati …omissis…" (Ruta, 1993; Previtera, 2011).

[13] Sinonimi di resilienza sono elasticità, mobilità. Il termine è mutuato dall'ingegneria, che definisce la resilienza come la capacità di un materiale di resistere a forze di rottura (indice di resistenza). In ecologia e biologia la resilienza è la capacità di autoripararsi dopo un danno. La resilienza psicologica definisce la capacità di adattamento attivo e flessibilità dell'individuo; grazie alla resilienza psicologica è possibile adottare nuovi comportamenti una volta che si è appurato che i precedenti non funzionano. In definitiva il concetto di resilienza psicologica corrisponde all'inverso del latino *frangar non flectar* e ricorda l'insegnamento del Judo così come del Taiqichuan – letteralmente via della cedevolezza –, che notoriamente addestrano ad utilizzare l'energia dell'avversario. "L'individuo resiliente presenta una serie di caratteristiche psicologiche inconfondibili: è un ottimista e tende a "leggere" gli eventi negativi come momentanei e circoscritti; ritiene di possedere un ampio margine di controllo sulla propria vita e sull'ambiente che lo circonda; è fortemente motivato a raggiungere gli obiettivi che si è prefissato; tende a vedere i cambiamenti come una sfida e come un'opportunità, piuttosto che come una minaccia; di fronte a sconfitte o frustrazioni tende a non perdere comunque la speranza" (Trabucchi, 2007).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Baraldi S.: *Il Balanced Scorecard nelle Aziende Sanitarie*, McGraw-Hill, 2005.

Bonazzi G.: *Storia del pensiero organizzativo*, Franco Angeli Editore, Milano, 1997.

Cuccurullo C. e Tommasetti A.: *L'impiego delle mappe strategiche nella balanced scorecard: processo di costruzione ed effetti sistemici*, MECOSAN, Management ed Economia Sanitaria, n.49, sez.1, 2004.

Child J.: *Organizational Structure, Environment, and Performance: The Role of Strategic Choice*, Sociology, n. 6, pp. 1-21, 1972.

Folgheraiter F.: *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)* . Centro Studi Erickson, 2006.

Frittoli G. e Mancini M.: *Balanced Scorecard e Aziende Sanitarie*, MECOSAN, Management ed Economia Sanitaria, n.49, sez.1, 2004.

Gagliardi P. (a cura di): *Le imprese come culture*. Torino, Isedi, 1986.

Kaplan R.S. e Norton D.P.: *The Balanced Scorecard: measures that drive performance*, Harvard Business Review, january-february, 1992.

Lawrence P.R. e Lorsch J.W.: *Organization and Environment*, Harvard U.P., Cambridge, trad. It. *Come organizzare le aziende per affrontare i cambiamenti tecnico-produttivi e commerciali*, Franco Angeli Editore, Milano, 1976.

March J. e Olsen J.: *Ambiguity and Choice in Organizations*, Universitetforlaget, Bergen, 1976.

March J. e Simon H. (1958), *Organizations*, Wiley, New York (Trad. it. Teoria dell'organizzazione, Comunità, Milano, 1966).

Meyer J. e Rowan B. (1977), *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, Amer. Journ. of Sociology, n. 2, pp. 340-363 (Trad. it. in Gagliardi, cit.).

Mercurio R., Testa F., *Organizzazione assetto e relazioni nel sistema di business*, G. Giappichelli Editore, Torino, 2000.

Miles L.D.: *L'analisi del valore*, McGraw-Hill Book Company, New York, 1961 - Etas/Kompass S.p.A., Milano, 1967.

Ouchi W. e Wilkins A.: *Organizational Culture*, Annual Review of sociology, 1985.

Parsons T.: *The structure of social action,* McGraw-Hill, New York, 1937, trad it. *La struttura dell'azione sociale,* Il Mulino, Bologna, 1962.

Parsons T.: *The social system,* The Free Press, New York, 1951, trad it. *Il sistema sociale,* Comunità, Milano, 1965.

Parsons T.: *Structure and process in Modern Society,* The Free Press, New York, 1960.

Pfeffer J. e Salancik P.: *The External Control of Organizations*, Harper & Row, New York, 1978.

Previtera B., Ricci S., Lella L. e Re B.: *Una possibile metodologia di definizione dei sistemi di indicatori per le attività assistenziali socio-sanitarie nella regione Marche.* Tendenze Nuove, in corso di stampa, 2011.

Previtera B.: *L'integrazione Ospedale-Territorio nel corso di un trentennio del Sistema Sanitario Nazionale.* Edizioni Panorama della sanità, in corso di stampa, 2011.

Ruta C.: *Sanità e Management.* Casa editrice Etas Libri (Rizzoli), 1993.

Ruta C.: *Ai confini della medicina – Verso l'economia dell'essere.* Milano, Egea, 2006.
Simon H. (1947), *Administrative Behavior*, MacMillan, New York (Trad. it. Il comportamento amministrativo, Il Mulino, Bologna, 1958) - On the Concept of Organizational Goal, in W. Hill, D. Egan (eds.), Readings in Organization Theory, A Behavioral Approach, Allyn and Bacon, Boston, 1966.

Thompson J.: *Organizations in action*, McGraw-Hill, New York, 1967, trad. it. *L'azione organizzativa*, Isedi, Torino, 1988.

Thompson V.A.: *L'organizzazione moderna*, Franco Angeli Editore, Milano, 1975.

Trabucchi P.: *Resisto dunque sono.* Corbaccio, 2007.

Weick K. (1969), *The Social Psychology of Organizing*, Addison-Wesley, Reading, Mass. (tr. it. Organizzare la psicologia sociale dei processi cognitivi, Isedi, Torino, 1976) - (1993), *Educational Organizations as Loosely Coupled Systems*, Admin. Science Quarterly, n. 21, pp. 1-19 (Trad. it. in Zan, 1988).

Zan S.: *Logiche di azione organizzativa*, Il Mulino, Bologna, 1998.

RICERCA DI SENSO E COSTRUZIONE DI COERENZA NEI PROCESSI DI ASSISTENZA ALLE PERSONE

Prefazione

STEFANO RICCI

Dirigente nell'Area dell'Integrazione socio-sanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria – Regione marche, Ancona

Tenere insieme i concetti di coerenza (di sistema) e assistenza (alle persone) è già difficile, non tanto sul piano teorico quanto ai vari livelli: istituzionale, organizzativo, operativo, territoriale... e diventa arduo, ma forse anche paradossale, se questi concetti si vogliono declinare nell'ambito delle "fragilità".
Le "fasce deboli", le persone "fragili", più o meno classificate nelle categorie classiche dell'integrazione sociale e sanitaria, sono quelle che mettono più in difficoltà il sistema dei servizi alla persona e che lo mettono in discussione proprio nelle fondamenta della *uguaglianza* (con il superamento degli squilibri, sociali e territoriali, in ordine all'accesso ai servizi) e dell'*universalismo selettivo* (di un sistema di protezione universalistico che dovrebbe dare, comunque, priorità di accesso ai soggetti deboli).
Spesso, nella migliore delle ipotesi, si riesce a "fare parti uguali tra disuguali", cioè ad organizzare percorsi di accesso e di assistenza omogenei per tutti i cittadini, ma "nulla è più ingiusto"[99].
In conseguenza di ciò il tentativo di individuare e predisporre privilegiati "processi di assistenza alla fragilità" si colloca in una prospettiva di esigibilità dei diritti e di adeguatezza delle risposte prima ancora che di necessità organizzativa o gestionale.
Che la questione sia di difficile (ed è un eufemismo) soluzione lo testimonia il fatto che il contributo delle pagine seguenti è stato scritto nel settembre 2006, come sintesi delle tesi dei due autori per il Primo Master Universitario di II Livello in "Strategia e gestione delle organizzazioni a rete in Sanità" dell'Università Politecnica delle Marche, Facoltà di Economia "Giorgio Fuà", e fa riferimento ad un progetto nato nell'ambito della Direzione Generale dell'ASUR (DG Dr.. Antonio Aprile) che dopo il cambio di Direzione non ha più avuto seguito.
Ma non è stato, e non è, un esercizio accademico sia perché è un progetto ancora attuale (e attuabile), ma soprattutto perché si innesta in una "linea" che ci piace ancora indicare come "modello marchigiano" di integrazione sociale e sanitaria e che, per ora[100], rappresenta la cornice di riferimento per una serie di iniziative che tra ASUR, Regione e ARS, tra il 2005 e il 2010, hanno contribuito a definire e mantenere (nel duplice senso di "far rimanere" e di "fare manutenzione").
Usare la metafora della "linea" per l'integrazione sociale e sanitaria può essere utile per due motivi:
- perché è necessario avere una meta da raggiungere; altrimenti se "non si sa dove si vuole andare" di solito "non si andrà da nessuna parte" e, comunque, ci si perde;[101]
- perché è necessario avere, e mantenere, anche una direzione, una "rotta", per poter raggiungere l'obiettivo.

Per capire come si possa procedere verso una corretta ed efficace integrazione sociale e sanitaria può essere utile richiamare una vecchia attività scout.

---

[99] "Nulla è più ingiusto che far parti uguali fra disuguali". Lorenzo Milani, Lettera a una professoressa (1967)

[100] Difficile prevedere i mutamenti che si potranno determinare con l'attuazione della L.R. 22 novembre 2010, n. 17 Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale", anche se la proposta di Piano Socio-Sanitario (D.G.R.M. 1138/10) conferma e rafforza il "modello".

[101] "Non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa dove andare" Lucio Anneo Seneca.

La "marcia all'azimut[102]" è un percorso da effettuare camminando con un angolo azimutale da un punto di partenza ad un punto di arrivo. Per marciare all'azimut è indispensabile usare una bussola da orientamento e, se possibile, una cartina topografica.
In teoria una marcia all'azimut viene fatta lungo una linea retta, camminando quindi sempre avanti diritto, ma in realtà non è così per due motivi:
- se dalla partenza non si vede il punto di arrivo il metodo più semplice è quello di procedere per riferimenti intermedi;
- il terreno di esplorazione è vario, quando ci sono ostacoli che non consentono di procedere in linea retta si cerca di aggirarli, anche a costo di allungare il percorso, mantenendo comunque il riferimento finale. Per l'integrazione sociale e sanitaria la "cartina topografica" è la programmazione regionale sanitaria e sociale e la meta che si deve raggiungere è rappresentata dalla descrizione del "modello marchigiano" di integrazione sociale e sanitaria[103] che:
«- mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS);
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Zone/Distretti, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- a livello territoriale non contempla una "linea produttiva" socio-sanitaria, ma va progressivamente implementato il "sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria": un'area comune da valorizzare e gestire insieme tra sociale e sanitario;
- mantiene nel Distretto/Ambito Territoriale Sociale il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.»
Nell'impossibilità di "vedere" direttamente la meta i riferimenti intermedi (una volta si "poteva dire" le "approssimazioni successive") del percorso all'azimut dell'integrazione sociale e sanitaria delle Marche sono stati:
- le Manifestazioni di Interesse dell'ASUR, tra il 2005 ed il 2006, con «diversi "laboratori" dedicati a "progettualità operative condivise" distribuite tra le Aree progetto della Direzione dell'Integrazione Socio-Sanitaria dell'A.S.U.R. che, pur nella variabilità degli argomenti, delle modalità di lavoro comune, degli "esiti" operativi previsti... costituiscono un primo "stralcio", ordinato e strutturato, di azioni individuate come prioritarie per realizzare un sistema regionale di integrazione socio-sanitaria coerente con la normativa vigente e con la operatività quotidiana dei servizi nei territori»[104];
- l'approvazione della D.G.R.M. 720/07 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria della Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali" che definisce:

- l'assetto organizzativo e le relazioni tra le strutture regionali e territoriali impegnate nell'integrazione socio-sanitaria;
- la composizione e l'attività della "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria;
- il piano di lavoro e le priorità in tema di integrazione socio-sanitaria da sviluppare in sinergia con l'approvazione e l'avvio del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sociale Regionale;

- il capitolo "unitario" sull'integrazione sociale e sanitaria del Piano Sanitario Regionale (D.A.C.R. n. 62 del 31 luglio 2007) e del Piano Sociale Regionale (D.A.C.R. n. 98 del 29 luglio 2008);
- la "Parte III - I processi socio-sanitari" nella proposta di Piano Socio-Sanitario 2010-2012 (D.G.R.M. 1138/10 Proposta di deliberazione di competenza dell'assemblea legislativa concernente: "La salute: diritti e responsabilità per i cittadini delle Marche").
La "bussola" che permette di traguardare i percorsi in grado di aggirare gli ostacoli o, in ogni caso, di "tenere insieme i pezzi" dell'integrazione sociale e sanitaria e di poter innestare processi specifici di tutela delle fragilità in un sistema, finalmente, armonizzato indica tre direttrici:

---

[102] Azimut è un termine di derivazione araba che indica un angolo tra un punto e un piano di riferimento.

[103] D.G.R.M. 720/07

[104] Dal Progetto delle Manifestazioni di Interesse (http://www.asur.marche.it/ProgettoMI)

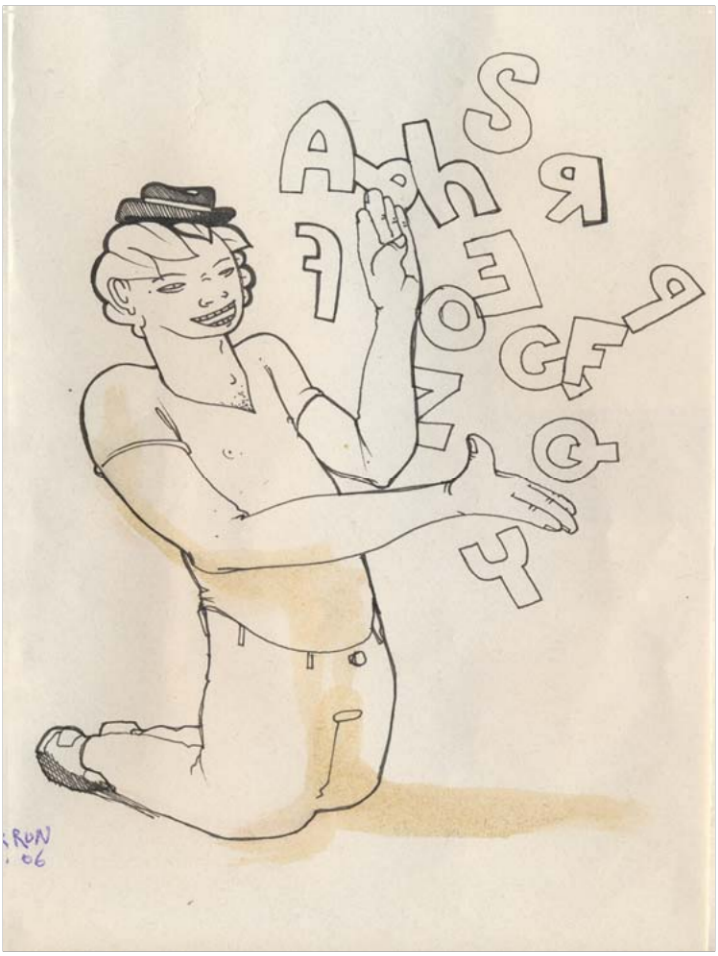
- Il Governo della Domanda, con la definizione (a livello regionale) di procedure condivise e cogenti relativamente a:

- Punto Unico di Accesso (PUA)
- Unità Valutativa Integrata (UVI)
- Piano Assistenziale Individuale (PAI)

- Il collegamento a dimensioni correlate allo specifico dell'integrazione socio-sanitaria quali

- Un Sistema Informativo appropriato per l'integrazione socio-sanitaria e integrato con i diversi sistemi, in grado di garantire il monitoraggio dei servizi e delle attività realizzate e di supportare la programmazione
- Un percorso di Autorizzazione Accreditamento dei servizi dell'area socio-sanitaria adeguato e rispondente all'articolazione delle risposte prevista dalle normative generali e di settore
- La definizione di un Atto di Fabbisogno per i diversi livelli dell'intervento e le diverse tipologie di servizi dei settori dell'integrazione socio-sanitaria
- Un Sistema Tariffario calibrato sui diversi fattori di produzione e organizzazione dei servizi all'interno di una cornice unitaria che permette una comparazione tra settori e tipologie di servizi

- L'armonizzazione delle leggi regionali di settore e degli atti che riguardano le politiche ed i servizi sociali e le politiche ed i servizi sanitari.



MARIA TERESA SARDELLA *, FRANCESCO DE PADOVA **

** Psicologa Dirigente ASUR Zona 7, Ancona*

*** dott. in Economia Politica, Ancona*

Illustrazioni di **GIACOMO BUFARINI**, in arte **"RUN"**

"Le parole sono stanche. O riusciamo a saldare le parole alla vita [e la vita alle parole] oppure non se ne esce. Abbiamo bisogno di parole vere: se parliamo di "pace" abbiamo bisogno di pace positiva e basta; se parliamo di solidarietà deve essere chiaro che non parliamo di elemosina; e lo stesso vale per i diritti, la legalità, la giustizia. Siamo sommersi dalle parole, seminari assemblee e discussioni che si fermano alle parole. Quello di cui abbiamo bisogno, invece, sono buone pratiche e soprattutto esempi concreti. Ad ogni "dire" deve corrispondere il "fare", perché il fare è la grammatica basilare della giustizia. C'è un mare di parole che ci circondano, ma quello di cui c'è veramente bisogno è che ad esse si accompagnino la continuità e la coerenza del fare"[105].

Con queste parole Luigi Ciotti riesce ad esprimere lo sconforto di molti che del "prendersi cura" hanno fatto intenzione ed azione o anche professione, ma riesce contemporaneamente ad indicare una direzione, a tracciare un percorso coerente tra pensiero, enunciazione ed azione.

Ci rassicurerebbe che il linguaggio corrispondesse esattamente a significati universalmente condivisi, che fosse articolato per comunicare e comprendersi con chiarezza, che fosse legge l'affermazione che "tutto ciò che può essere detto si può dire chiaramente; e su ciò di cui non si può parlare, si deve tacere"[106].

---

[105] L. CIOTTI, 2005

[106] L. WTTGENSTEIN, 1968

Se così avvenisse, però, saremmo forse sommersi da un mortale silenzio.
"Riposare sui propri allori è altrettanto pericoloso che riposare su una slavina: ti appisoli e muori nel sonno"[107].
Non possiamo permetterci di aspirare a riposare sulla certezza dei significati, sulla corrispondenza semantica tra la denominazione e l'oggetto, tanto più se l'oggetto ha una dimensione valoriale, in qualche maniera astratta o metaforica.
Dobbiamo necessariamente convivere con una condizione perenne di "slittamento semantico" contemplandola una volta per tutte nella nostra dimensione esistenziale, assumendola come elemento dato del contesto, tollerandone la valenza di incertezza ma contemporaneamente ricercando nuovi punti di riferimento, nuovi equilibri, per orientarci ed agire.
Si tratta di entrare in una visione complessiva, sostiene Salvatore Esposito[108], che tenga "insieme l'analisi macroeconomica, l'inquadramento politico istituzionale ed i modelli organizzativi e gestionali possibili.(...) E infatti un dato comune diffuso, soprattutto nelle Regioni in ritardo di sviluppo è, quali che siano le scelte organizzative possibili, l'assenza di una vera regia integrata della politica nello sviluppo locale, la delega tecnicistica ai manager e la mancanza di controllo di efficacia dal basso sui servizi e sulle prestazioni".
Ciascuno dei soggetti di un sistema in rete rivolto ai diritti ed ai bisogni delle persone, a qualunque livello di funzione, responsabilità e competenza appartengano, dovranno necessariamente assumere questa prospettiva, concependosi come parte di un tutto all'interno di una condivisa cultura della responsabilità, laddove la "cultura della responsabilità impone, come cittadini, il disincanto dal potere e, come scienziati, un rigore metodologico nuovo.
La prima di queste due cose è certamente la più difficile"[109].
Entrare nella dimensione di concepirsi parte di un tutto anche all'interno dei propri sistemi di riferimento, relazionali, lavorativi, professionali o di ruolo sociale e/o organizzativo, non può prescindere dall'assumere la consapevolezza della sussistenza dell'"effetto caleidoscopio"[110], responsabile di incomprensioni e fraintendimenti tra sistemi istituzionali, organizzativi, professionali, lavorativi ed esistenziali diversi.
Riferendo l'esempio alla elevata frammentazione attuale tra le aree professionali e, all'interno di queste, alle iperspecializzazioni settoriali, Patrizia Lemma[111] scrive nella postfazione al suo recente libro: "Le pagine sino a qui presentate sono infatti state scritte cercando di scomporre ogni elemento presentato attraverso una sorta di caleidoscopio, cioè quel semplice apparecchio che ha al suo interno due o più specchietti disposti in modo da riflettere l'immagine dei piccoli oggetti colorati posti alla rinfusa ad una sua estremità. Credo che ognuno, almeno una volta nella vita, sia rimasto affascinato guardando all'interno di questo semplice congegno e scoprendo le leganti immagini simmetriche che mutano, in modo imprevedibile e variabilissimo, ad ogni movimento rotatorio, anche minimo, a cui il caleidoscopio è sottoposto. Lungo tutto il testo la progettazione di intervento è stata immaginata come vista attraverso questo strumento che - dice l'esperienza - ogni area disciplinare tende ad impugnare tenendolo ben fermo, anzi spesso teorizzando il perché il suo sia il migliore dei modi per afferrarlo. Guardando all'interno dell'apparecchio esso mostrerà quindi ai professionisti di quell'area culturale sempre la stessa immagine, che sarà però sempre diversa ogni volta che gli stessi oggetti saranno visti spostandolo, anche solo di pochi gradi, come accade quando ad impugnarlo saranno i cultori di una diversa area disciplinare". (...) Avere consapevolezza di questo può aiutare a "ridurre l'"effetto caleidoscopio" che così spesso genera incomprensioni nei tavoli di lavoro e, cosa ancor più grave, è di ostacolo ad un reale incremento della qualità delle azioni condotte che, necessariamente, richiedono la fertilizzazione da parte di tutte le culture ma anche l'umiltà di ritenersi concime di un raccolto che dovrà la sua qualità e ricchezza a tutti gli elementi che lo avranno nutrito"[112].

---

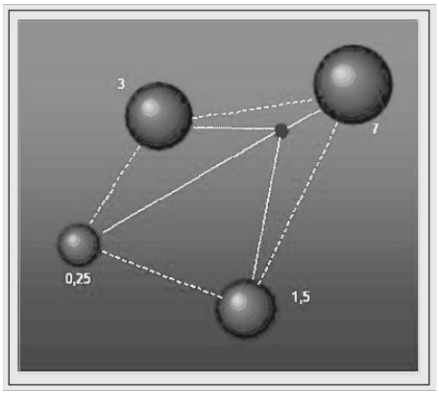
[107] L. WITTGENSTEIN, 1967
[108] S. ESPOSITO, 2006
[109] idem
[110] P. LEMMA, 2005
[111] idem
[112] idem

Dunque per progredire dobbiamo abbandonare qualunque certezza esistenziale e scientifica e convertirci una volta per tutte ad un assoluto relativismo del pensiero e della conoscenza?
Non è questa la riflessione proposta.
Per maggior chiarezza espositiva dovremo passare dalla metafora del caleidoscopio[113] a quella del taumascopio[114] (strumento raro e sconosciuto alla maggior parte di noi, oppure inteso come una variante del caleidoscopio), che consente di osservare la realtà conosciuta attraverso un caleidoscopio privo di frammenti, ma che contiene una piccola lente frastagliata, un minuscolo foro per osservare ciò che quotidianamente si osserva e che risulta configurato in maniera stabile e permanente nelle nostre menti.
Il taumascopio frammenta in atomi la realtà e la ricompone in mirabolanti e stupefacenti forme sempre nuove, utilizzando anche il più minuto particolare già esistente come base per fantasmagoriche composizioni che continuamente cambiano di colore e di forma in nuovi disegni simmetrici, continui e mai ricorrenti.
Niente pietruzze colorate aggiunte, dunque, ma scomposizione e rielaborazione in forme sempre diverse della "certezza del dato", dell'oggetto, sia esso animato o inanimato, compresi noi stessi.
Concepire l'altro da noi (sia esso punto di vista, professionista, cultura, livello e ruolo sociale o lavorativo, etc.) come portatore di conoscenza e "verità", a partire dal suo personale punto di vista taumascopico e dunque dai piccoli spostamenti del polso con i quali orienta la sua visione del mondo e di noi, in maniera del tutto paritetica alla conoscenza e verità di cui ci sentiamo portatori, comprendendo nella nostra visione taumascopica anche l'altro, porta consequenzialmente a concepirci come "parte di un tutto", come elementi di una rete più ampia i cui elementi sono già tutti presenti, appartengono ai sistemi che osserviamo e nei quali agiamo facendone parte.
Si tratta quindi di rinunciare alla presunzione autoreferenziale di essere depositari e portatori di verità assolute[115] per dedicarci alla costruzione di nessi, di collegamenti, di ponti tra sistemi diversi, di un circuito elettrico dove non risultano sufficienti uno o alcuni solipsistici "neuroni nobili"[116] per la costruzione di una rete intelligente che ci consenta di vedere e di andare lontano nella geografia del tempo, costruendo efficacemente il presente.
La prospettiva taumascopica risulta dunque condizione necessaria, ma non sufficiente, perché le parole possano riprendersi dalla "stanchezza" e perché il dialogo ed il confronto possano produrre nuove costruzioni maggiormente significative.
La rinuncia all'egocentrismo, quindi, accompagnata al rispetto dell'altro/a diverso/a da me, può costituire una buona base di partenza.
In una recente conferenza[117] Salvatore Natoli ha approfondito la consistenza e la portata della virtù del rispetto già accennata in diversi suoi scritti, dimostrando come il rispetto implichi e promuova atteggiamenti e comportamenti fecondi. Al di là della valenza puramente etica, ne deriva per Natoli una valenza di opportunità sociale indispensabile per districarsi nel groviglio di una società dove gli assoluti si disgregano e la frammentazione diventa perdita individuale e collettiva di senso. Il rispetto di sé, e dell'altro da sé, contiene matrici reverenziali ("fare un passo indietro") e contemporaneamente di prossimità ("andare verso") che conduce dal "non uccidere" e "non nuocere" (nel senso di "non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te") al "fai agli altri quello che vorresti fosse fatto a te"[118].

---

[113] Dal greco *kalòs,* bello; *eidos,* figura, e *skopèo,* osservare.
[114] Dal greco *thauma*, meraviglia, stupore e *skopèo*, osservare.
[115] In un'esercitazione in aula la prof.ssa M.Teresa Medi ha proposto a 25 professionisti un'esperienza sulla "scala di valori" con cui ognuno di noi attribuisce differente valore ai personaggi di una storiella, che ci ha fatto confrontare con un sistema di riferimento mentale diverso a seconda di una infinita serie di fattori personali e professionali, e che meglio di mille spiegazioni ha potuto rendere il concetto di "relatività" dei rispettivi punti di osservazione di uno stesso episodio noto a tutti negli stessi termini "oggettivi", che ha però prodotto il racconto "soggettivo" di 25 storie diverse.
[116] S. ESPOSITO, 2006, op cit.
[117] La parte seguente è stata ispirata dall'intervento conclusivo di Salvatore NATOLI sul tema *Rispetto,* alla decima edizione della rassegna "Le parole della Filosofia", organizzata dal Prof. Giancarlo Galeazzi presso il Teatro Sperimentale di Ancona, 17 maggio 2006.
[118] MATTEO 22,39: "E il secondo (comandamento) è simile al primo: amerai il prossimo tuo come te stesso".

Il rispetto porta quindi al "prendersi cura", di sé e degli altri, in una accezione della "cura" che spesso riteniamo di recente derivazione anglosassone ma che fonda le sue radici ben più lontano nel tempo.
Il rispetto esige "esitazione"[119].
Se l'altro è troppo lontano per vedermi ed essere visto, non possiamo rispettarci, non esistiamo l'uno all'altro e sprechiamo l'occasione dell'incontro che potrebbe permetterci di costruire reti feconde di senso. L'approssimarsi all'altro per vederne il volto (anche il volto di una civiltà o semplicemente di una cultura diversa dalla propria, compresa quella professionale) implica la disponibilità a chiedere, nella doppia accezione di domandare e di interrogare, nonché la disponibilità a rispondere[120].
Questa disposizione mentale, taumascopica e caratterizzata dal rispetto di sé e dell'altro, non elimina i conflitti, ma ne riduce la parte derivante dalla reciproca ignoranza e mancanza di rispetto, permettendo di convivere meglio con le situazioni conflittuali, a condizione che la relazione intrinseca tra la disposizione mentale ed il comportamento correlato sia connotata dalla coerenza.
Lasciando a malincuore Salvatore Natoli, riprendiamo dunque il nostro ragionamento dall'importanza fondamentale della coerenza.
Pur se nel corso di queste riflessioni abbiamo rinunciato alla ricerca di certezze assolute, possiamo però rintracciare un elemento di stabilità, o meglio di stabilizzazione, dei sistemi in cui viviamo (a livello micro, meso e macro) proprio nella ricerca di coerenza tra il pensato/detto e l'agito, perché il nesso di coerenza svolge la stessa funzione che in fisica assume il baricentro.
Il baricentro è definito in fisica come "il punto di applicazione della forza di gravitazione in un corpo o sistema di corpi"[121], mentre in senso figurato siamo abituati ad utilizzare il termine baricentro per intendere "il punto centrale, nodale"[122] di una questione o di un problema.
Risulta indispensabile al ragionamento focalizzare l'attenzione sul fatto che il baricentro possa costituire il centro di gravità di un "sistema di corpi", e non solo del singolo corpo.
Se proviamo ad immaginare i "corpi" costituiti dal pensato e dall'agito di una o più persone in relazione tra loro, e quindi a concepire il baricentro non come un "valore" immutabile ed assoluto (non lo è neanche in fisica) ma come una "condizione" di equilibrio di un sistema, variabile a seconda del peso e del movimento nello spazio (in questo caso metaforico) di corpi distinti legati da una qualche relazione, potremo forse tollerare meglio la precarietà delle concezioni di valore da cui è partito il nostro ragionamento e raggiungere finalmente un "punto fermo" nella nostra ricerca di equilibrio, soddisfacendola nell'individuazione della coerenza come baricentro dei sistemi semplici e complessi, come centro di gravità che può tenerci ancorati all'agire coerentemente nel presente ed all'interno di prospettive future
.



Baricentro: centro gravitazionale di un sistema di 4 punti di massa diversa[123]

---

[119] Da un verso di Alexander Pope: *Ché gli stolti si precipitano là dove anche gli angeli esitano a mettere il piede.*
[120] Risulta appropriato il concetto di "disposizione alla contaminazione", nella sua accezione artistica e musicale, per rappresentare l'esito della composizione risultante dal reciproco domandarsi ed interrogarsi.
[121] Definizione di DE MAURO, Dizionario della lingua italiana.
[122] idem
[123] Tratta dall'enciclopedia libera WILKIPEDIA http://it.wikipedia.org/wiki/Baricentro

La coerenza può quindi rappresentare il punto di equilibrio verso il quale orientare la ricerca: non essendo riferita ad un oggetto valoriale, ma ad una condizione di stato, non può essere soggetta a slittamenti semantici, ma può anzi seguirli nei loro scivolamenti ponendosi sempre e comunque come centro gravitazionale, come massa capace, se ricercata ed individuata, di consentire almeno temporanea stabilità.
Come il baricentro, inoltre, la coerenza consente piccole e limitate oscillazioni, oltre le quali va ricercato immediatamente un nuovo punto di equilibrio, pena il crollo del sistema interessato.
Le riflessioni fin qui effettuate possono consentirci esplicitazioni sintetiche di alcune considerazioni.
La prima riguarda la necessità ineludibile di pensare e progettare "in rete", sempre ed indipendentemente dalle intenzioni esplicite.
Risulta difficile immaginare qualunque attività di progettazione completamente sconnessa da alcuni o molti elementi "altri" da noi stessi. Anche l'attività mentale di un singolo, per elaborare un "pensiero solitario", utilizza consapevolmente o inconsapevolmente una rete di relazioni con avvenimenti, persone, oggetti, significati, passati o attuali.
La nostra mente supera dunque i nostri confini biologici e non è contenuta dalla scatola cranica, la mente non coincide con gli organi e gli apparati del cervello ed i meccanismi neurologici (che ne costituiscono peraltro elementi essenziali insieme a moltissimi altri): così non possiamo concepire o conoscere nulla della realtà di cui facciamo parte se non ricercando continuamente elementi di senso e valutando nell'incontro e nella individuazione e costruzione di nessi tra oggetti, soggetti, entità, organizzazioni diversi la generazione delle attribuzioni di significato.
La seconda considerazione[124] appare di evidenza assoluta: siamo immersi in reti, le relazioni e le reti esistono comunque a prescindere dal fatto che qualcuno abbia pensato di organizzarle oppure no.
Rispetto alle reti naturali quali sono quelle parentali, amicali, associative, siamo convinti della loro esistenza anche inconsapevole, mentre nel caso di reti relative ai sistemi di cura o di promozione sociale la solita autoreferenzialità ci porta a ritenere che le reti nascano solo nel momento in cui pensiamo di formarle oppure di organizzarle.
Non è così: più una persona, o un sistema, presenta bisogni complessi, più risulta elevato il numero degli operatori e dei servizi sociali e sanitari diversi coinvolti in modo settoriale. La presenza di questa "rete spontanea", pur consentendo spesso di scongiurare emergenze, corrisponde ad un grande dispendio di risorse con risultati per lo più frammentati e modesti, in ogni caso non organici, autoreferenziali e pertanto facilitatori di cronicizzazione. Al contrario contribuire alla costruzione di una rete organizzata ed alla definizione della sua flessibile strutturazione, curando anche gli indispensabili raccordi ed accordi e stabilendo le necessarie e complementari gerarchie operative, può rappresentare il volano di una assistenza più efficace, appropriata ed economicamente più vantaggiosa per l'intero sistema.
Va inoltre sottolineata la necessità etica che i soggetti a vario titolo coinvolti nel "prendersi cura" delle persone siano tra loro integrati e connessi e che, a partire da tale integrazione, siano strutturati percorsi che risparmino al cittadino la funzione di "pendolo" tra sistemi assistenziali diversi, i quali dovranno imparare a "parlarsi" e ad unificare le procedure per garantire la massima riduzione di stress burocratico alle persone, tanto più se si trovano in situazione di bisogno assistenziale.
Una rete così concepita travalica quindi il singolo segmento (curatore, professionista, processo, servizio, azienda, etc) e lo ricomprende in un sistema integrato più ampio insieme a soggetti-attori sociali diversi, primi fra tutti il cittadino inserito nella sua rete di appartenenza affettiva e relazionale.
La terza considerazione riguarda la valenza della rete: il concetto di rete non ha di per sé valenza positiva o negativa data.
Una rete può sostenere, avviluppare, imprigionare, proteggere, soffocare, irretire, affascinare, e così via.
Se intendiamo far parte ed occuparci di una rete orientata ad uno scopo di sostegno alla persona conviene ricorrere alla concezione di una rete organica, rappresentandola mentalmente come analoga al tessuto connettivo[125] di un organismo, o meglio ai tessuti connettivi di diverso tipo. Il sistema

---

[124] La considerazione è tratta dall'intervento di L. CANCRINI al Master "*Strategia e gestione delle organizzazioni a* rete in sanità", UNIVPM, A.A. 2004/2005.
[125] La "proprietà intellettuale" dell'analogia con il reticolo connettivale è del collega Nazzareno Firmani, fisioterapista e psicologo che si occupa per l'Asur di sussidiarietà, in staff alla Direzione Integrazione Socio-Sanitaria.

connettivale organico è composto da tessuti diversi che concorrono in maniera complementare alla stessa funzione di nutrizione, sostegno e connessione tra cellule, organi ed apparati.
Questa rappresentazione ci consente di evitare le contraddizioni e gli aggrovigliamenti nella ricerca dei nodi e delle maglie e di focalizzarci sull'aspetto di continuità e complementarietà nell'efficacia del reticolo[126].
In una rete così concepita la progettazione assume funzione di ricerca e costruzione di coerenza tra elementi diversi, costituendo baricentri mobili e varianti con il variare di dimensione, peso, posizione e numero degli elementi considerati.
Progettare nella rete considerandosi elementi della rete, rintracciando e costruendo nessi di coerenza, richiede alcune abilità, tra le quali risultano essenziali la disponibilità a condividere con altri il senso e lo scopo della progettazione nonché ad acquisire l'umile "punto di vista" di una falena[127], costituito da un insieme di punti di vista complementari tra loro, essenziali per costruire la visione complessiva, anche in scarsità di illuminazione.
Il movimento sistemico di allontanamento ed avvicinamento, di spostamento di visuale e di focalizzazione dell'attenzione contemporaneamente sugli elementi generali e sul particolare (rinunciare a rappresentare la realtà percepita secondo una logica analitica lineare del tipo causa-effetto non significa certo omettere la centralità essenziale del particolare, ma significa concepire tale centralità come "relativa" al proprio punto di osservazione, aprendo infiniti altri mondi di "centralità possibili" di innumerevoli altri particolari da infiniti altri punti di osservazione!) costituisce il presupposto essenziale per orientarsi nella complessità della rete e per agire efficacemente al suo interno.
Senza mai dimenticare, inoltre, che "non si vede bene che con il cuore, l'essenziale è invisibile agli occhi"[128].
Poiché siamo per lo più animali curiosi e consapevolmente intelligenti, non è infrequente che nel nostro quotidiano esistere come persone e come professionisti ci poniamo la domanda "perché" o "per chi e/o per che cosa" dovremmo, oppure no, intraprendere azioni ed iniziative.
Questa stessa tensione di ricerca di senso (perché?) e di scopo (per chi e/o per che cosa?) caratterizza, o dovrebbe caratterizzare, l'atteggiamento di chi ritiene di aver individuato una criticità e di voler prefigurare soluzioni nel campo della salute o del sociale, o meglio della salute del sociale, pur se la ricerca individuale di senso e scopo non risulta ancora sufficiente.
L'esperienza ci dimostra che la più accurata progettazione relativa a sistemi complessi è destinata a naufragare se non è stata condivisa con altri soggetti "portatori di interesse"[129] fin dalla fase della sua ipotizzazione, perché gli attori sociali sono molteplici e tendenzialmente autoreferenziali.
Se il "senso" tende a valutare il valore specifico che può (oppure no) assumere un'azione in un contesto determinato rispetto ad una direzione definita, lo "scopo" indica l'obiettivo che si intende perseguire, per avvicinarsi al quale si elaborano strategie, si attivano iniziative e si intraprendono azioni, e la condivisione di senso e scopo con soggetti a vario titolo interessati alle medesime questioni può costituire la base di una progettazione sufficientemente efficace rispetto alla sua attuabilità.
Tutte le considerazioni fin qui esposte hanno costituito la base epistemologica della nascita del progetto della Direzione Generale Asur denominato "Coerenza delle fasi dei processi di assistenza alla fragilità",

---

[126] Un riferimento ai "connettivi logici" meglio consentirebbe di approfondire la dimensione della complementarietà, ma poiché i connettivi logici sono sostanzialmente rivolti alla validazione di verità/falsità delle proposizioni (linguistiche o matematiche) rischieremmo di focalizzare il discorso su dimensioni valoriali assolute inadeguate al procedere del ragionamento in corso.
[127] La mosca possiede un apparato visivo molto efficiente: oltre a poter vedere quasi a 360 gradi, riesce a percepire i più piccoli movimenti dell'ambiente intorno a se grazie alla molteplicità di ommatidi (occhi semplici infinitamente piccoli) ognuno dei quali viene sollecitato dai raggi di luce che lo colpiscono direttamente ed inquadra la zona d'interesse con un angolazione diversa (per frazioni infinitesimali) l'uno dall'altro: questo tipo di visione viene definito per apposizione.
Negli insetti notturni quali le falene, invece, l'occhio è strutturato per ricevere più luce possibile, la luce che penetra in un ommatide può essere captata anche dall'organo visivo adiacente come raggio obliquo perché riflesso da cellule pigmentate che rivestono l'interno degli organi visivi; questo tipo di visione viene chiamata per superposizione.
[128] A.S. EXUPERY, 1943
[129] Sono gli stakeholder, individuati negli anni 1983/4 da Edward Freeman come "soggetti senza il cui supporto l'impresa non è in grado di sopravvivere". Negli anni si è strutturato un filone etico che oggi porta a ritenere portatori di interesse (attivi e passivi) tutti coloro che influenzano o vengono influenzati da un'organizzazione, e che hanno diritto alla crescita del loro benessere.

nato da una riflessione del Direttore[130], condivisa con chi avrebbe poi coordinato il lavoro del gruppo, sulla necessità di focalizzare l'attenzione sugli aspetti di accessibilità, fruibilità e coerenza dei processi di assistenza preoccupandosi in particolare delle condizioni di maggior difficoltà.
Si tratta di un progetto trasversale ai tre sistemi direzionali Asur[131], sia per la collaborazione richiesta agli stessi relativamente al passaggio di informazione e sia e per il coinvolgimento di operatori diversi per appartenenza gerarchica e funzionale, cultura, professionalità e storia, legati da un filo comune di interesse ad occuparsi in particolare di fragilità[132].
Ciò ha comportato una fase iniziale di reciproca conoscenza tra i membri del gruppo per la costruzione di una cultura comune, nonché per la individuazione e condivisione di senso e di scopo del progetto.
Si è quindi formulata, condivisa e scritta una sorta di "carta dei valori " e decisa l'applicazione di una metodologia già sperimentata presso l'Azienda.
Si riporta di seguito uno stralcio del progetto sulla sua cultura fondante:
"E' stato possibile individuare matrici comuni relative alla reciproca curiosità rivolta ad una conoscenza della storia personale/professionale, alla stima pregressa o recentemente acquisita, alla competente insofferenza nei confronti di strutture piramidali impermeabili a processi trasversali spesso risultanti di fatto soccombenti, alla convinzione che la comunicazione e la condivisione di informazioni costituiscano pilastri portanti sia del lavoro del gruppo sia di una Azienda (dunque all'interno delle sue articolazioni e verso l'esterno) quale è l'Asur fondata sull'integrazione, la condivisione, la trasversalità, l'organizzazione reticolare, la reciproca ed elastica complementarietà flessibile tra organizzazioni/soggetti autonomi ma orientati ad uno stesso obiettivo unitario di sistema, che coincide con la promozione di salute e l'organizzazione di cura.
Condividiamo come valore ontologico la concezione di una Azienda Sanitaria centrata su una logica di servizio alle persone che si connoti come "soggetto etico con vincoli economici" (nella accezione di Ivan Cavicchi)[133], piuttosto che come soggetto economico con vincoli etici, e pertanto esaustiva sui piani dell'appropriatezza (nella definizione di Roberto Ruscica[134] di "commisurare senza razionare"), adeguatezza (definita da Roberto Ruscica[135] come "professionisti, prestazioni e luoghi all'altezza del compito e con esso coerenti") e della compatibilità economica, inserita nella "com-possibilità" di Ivan Cavicchi[136].
L'articolazione operativa improntata ai valori suddetti evidenzia inoltre la necessità di intersecare la progettazione e la valutazione di qualità di un sistema di servizi al cittadino con la variabile di "appropriatezza sociale"[137] (cfr. Giovanna Vicarelli) che può consentire di leggere in una stessa matrice il soddisfacimento del bisogno del singolo e della collettività con i vincoli e le opportunità di un sistema allargato ai contesti sociali e relazionali.
Siamo consapevoli degli innumerevoli tentativi effettuati negli anni dai sistemi sociali e sanitari, in particolare nella nostra Regione (tentativi di cui molti di noi sono stati promotori, sostenitori o partecipanti), in vario modo rivolti ad abbattere le barriere mentali e procedurali tra servizi diversi (ospedale/ospedale; ospedale/territorio; territorio/territorio; sanitario/sanitario; sanitario/socio-

---

130 Direttore Generale Dr. Antonio Aprile
131 Direttore Sanitario: Attilio Bianchi
Direttore Amministrativo: Giancarlo Clini
Direttore servizi per l'Integrazione Socio-Sanitaria (ISS): Stefano Ricci
132 Per "fragilità", mutuando il concetto dalle elaborazioni del Laboratorio 11, effettuato nell'ambito del progetto aziendale delle "Manifestazioni di Interesse" di cui si parlerà in seguito, abbiamo inteso non soltanto quelle categorizzate nell'ultimo Piano Sanitario Regionale, cioè quelle tutelate da normative specifiche, ma anche le fragilità che intervengono nel corso della vita della persona per eventi sociali, sanitari o legati al ciclo di vita, e cioè tutte le persone che presentano bisogni di salute richiedenti prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati.
133 I. CAVICCHI, intervento al Convegno "*La salute ed altre storie*" organizzato dalla CGIL confederale Marche ad Ancona il 27ottobre 2006.
134 R. RUSCICA, intervento al Master "*Strategia e gestione delle organizzazioni a rete in sanità*". Roberto Ruscica è stato il primo Direttore Sanitario dell'Asur.
135 idem
136 I. CAVICCHI, 2006: "la compossibilità è un'Idea di cambiamento che fonde ciò che è possibile con ciò che è concepibile".
137 G. VICARELLI, intervento al Convegno "*La salute ed altre storie*" organizzato dalla CGIL confederale Marche ad Ancona il 27 ottobre 2006.

sanitario/sociale), a recuperare le fratture culturali dei singoli e delle organizzazioni verso una cincezione di sistemi di servizi che si organizzino attorno al cittadino, che si parlino tra loro per una comune finalità, che rinuncino all'eccellenza autoreferenziale e competitiva a favore di una cooperazione, per facilitare l'ingresso ed il percorso del cittadino nel sistema salute, ed ancor più nei sistemi di assistenza e di cura quando si rende necessario, a maggior ragione in relazione ai soggetti particolarmente fragili..

Le imponenti energie impiegate hanno prodotto risultati magari eccellenti ma spesso parziali, poco diffusi e solo eccezionalmente condivisi.

Pertanto ci sentiamo investiti di una grande responsabilità ma anche attraversati da dubbi e diffidenze sulla effettiva possibilità di raggiungere concretamente l'obiettivo evitando il rischio di risultare l'ennesimo gruppo autoreferenziale capace di ipotizzare soluzioni improbabili a problemi che resterebbero immodificati, crogiolandoci all'interno della costituzione di una sorta di "club" di intellettuali capace di produrre raffinato materiale eventualmente da conferenza.

Per aumentare le possibilità di avvicinarci ad un benché minimo risultato troviamo conveniente, tenendo in mente la mappa del/i sistema/i complessivo/i, occuparci di questioni molto concrete, considerare il nostro gruppo ed il nostro lavoro semplicemente come uno dei tanti strumenti che l'Azienda può utilizzare per assolvere al suo mandato, producendo valore etico attraverso l'ideazione di modellini, di "prototipi" che possano essere riprodotti e anche modificati per adattarsi alla necessità di ricalibrare le differenze tra i servizi dell'Azienda erogati nelle diverse Zone delle Marche, preservandone e valorizzandone le peculiarità eccellenti e le buone pratiche consolidate ed efficaci .

Il lavoro che il gruppo si accinge a compiere si basa sulla rinuncia, da parte dei suoi componenti, a vivere l'auspicabile incontro con progetti ed attività parzialmente o del tutto analoghe al mandato del gruppo come sovrapposizione confusiva, condividendo invece la certezza della essenzialità di una mappatura delle esperienze in corso, rendendoci noi stessi disponibili a porci alternativamente come punto nodale oppure maglie, in funzione dell'obiettivo e del contesto, di una rete intelligente[138] che si interroga sul proprio funzionamento, focalizza l'attenzione sulle criticità ed ipotizza soluzioni possibili, condivisibili e sostenibili.(……) Per far questo abbiamo bisogno di informazioni, dall'interno della sede direzionale Asur, dall'interno del sistema Asur/Zone e dagli ambiti territoriali nonché di utilizzare un metodo semplice e condivisibile all'interno ed all'esterno per rilevarle e rielaborarle, sempre a partire da elementi estremamente concreti ed aderenti alla realtà quale quella che si trova a vivere il cittadino marchigiano, tanto più problematica quanto più è elevato il livello di fragilità sanitaria o sociale.

Mentre il fondamento attuale di ogni organizzazione sembra consistere nell'individuare "chi fa che cosa", non avendo il nostro gruppo di lavoro responsabilità piramidali gestionali ma bensì un compito di analisi dei processi siamo molto interessati a conoscere "cosa fa chi", avendo come riferimenti privilegiati apicali all'interno dell'Asur il Direttore Generale, i tre Direttori, il Responsabile del Controllo di Gestione. Questi riferimenti dovranno essere integrati con i responsabili URP e Comunicazione, con Affari Generali e semplificazione, e-healt, Qualità, al fine di ipotizzare ed attivare una sorta di "bacheca intranet" in cui far confluire la progettazione, le iniziative e le attività inerenti (per quanto ci riguarda) i temi della semplificazione e della coerenza delle fasi dei percorsi, di qualunque tipo siano (amministrativi, informativi/informatici, assistenziali, gestionali, clinici, valutativi, altro).

Allo stesso modo una parte del sito Asur potrebbe vantaggiosamente essere utilizzato permanentemente in modo interattivo con le Zone per la produzione e condivisione di documenti e per lo scambio di informazioni che mettano in evidenza le "buone pratiche" relativamente a settori di interesse aziendale, quali quelli di nostra pertinenza.

Infine, per facilitare il raggiungimento dello scopo comune di condivisione delle criticità, l'evidenziazione e la diffusione di esperienze maturate, è necessario il pieno coinvolgimento degli operatori su problematiche specifiche di incoerenza del sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria alla fragilità, costruendo ipotesi di soluzioni organizzative ed operative "semplici" già sperimentate o possibili.

---

[138] Il termine deriva dallo sviluppo delle tecnologie relative alle telecomunicazioni, passate da un interesse quantitativo (velocità, peso, delle informazioni) ad uno qualitativo verso la creazione di servizi a sostegno di iniziative ed attività.

Il senso di questa operazione consiste nell'assunzione del punto di vista del cittadino, assumendone gli occhi (come una videocamera ad altezza visiva) e calzandone le scarpe"[139].
Nessuna presunzione di voler "cambiare il mondo", solo la volontà semplice e determinata di tentare di lasciarlo, nel corso del lavoro del gruppo e negli sviluppi successivi costruiti insieme ad altri operatori, "un po' meglio"[140] di come si presenta ogni giorno al cittadino che ne attraversa gli intricati sentieri.
A tale scopo si ricercherà il coinvolgimento attivo dei professionisti secondo una modalità analoga a quella già utilizzata dal Responsabile Asur per l'Integrazione Socio-Sanitaria per il progetto ed i laboratori nelle "Manifestazioni di Interesse", di cui si parlerà nel seguito
La scelta metodologica condivisa discende dalla comune ricerca di senso e tentativo di rintracciare e consolidare, o a volte costruire, elementi di coerenza rinunciando all'autoreferenzialità, e coerentemente si basa:

- sulla ricognizione dell'esistente, inteso come progettualità o esperienze già effettuate oppure in corso, all'interno del sistema direzionale centrale comprensivo delle direzioni di Zona
- sulla necessità di individuare una modalità agevole per lo scambio di informazioni ed esperienze relativamente al sistema Asur/Zone[141] per un miglioramento della comunicazione
- sulla opportunità di estendere la ricerca verso le realtà progettuali ed operative delle Zone e di soggetti/attori diversi dall'azienda sanitaria
- sulla scelta di una metodologia operativa già sperimentata presso la direzione ISS relativa alle "Manifestazioni di Interesse"
- su un approccio "micro" all'individuazione delle criticità ed alla prefigurazione di soluzioni, rappresentato da una videocamera posta ad altezza occhi del cittadino che si muove nei sistemi di cura e/o procedurali amministrativi e ne vive tutte le soluzioni di continuità e le incoerenze, ricercando ed utilizzando per questo anche la ricchezza di esperienza delle associazioni, dei patronati e degli URP dei sistemi coinvolti".

I temi individuati, più volte negli anni esplorati e dibattuti, riguardano:

- *Il percorso coerente*: prassi operative di coinvolgimento delle associazioni di tutela, dei patronati, del volontariato e/o di organismi diversi esterni al sistema sanitario
- *I sistemi dialoganti*: semplificazione dei rapporti tra MMG, PLS, Ospedali, UVD integrate, commissioni medico-legali e servizi sociali diversi
- *L'ospedale permeabile*: informazioni e comunicazioni per il miglioramento della logicità e tempestività degli interventi per il cittadino interni al sistema ospedale e tra questo ed altre Aziende o sistemi.

La completa non originalità dei contenuti risulta compensata dalla innovazione del metodo scelto per lo sviluppo operativo del progetto, che prevederà minime integrazioni, per ampliare la rete di riferimento, rispetto a quello già lanciato nella progettazione ISS.

Lo strumento della "Manifestazione di Interesse" risponde egregiamente alla necessità di rinunciare a presumere di sapere, acquisendo la dimensione del domandare, dell'interrogare e del riflettere insieme, ricercando contaminazioni reciproche come sviluppo di integrazioni possibili, pur mantenendo le specificità dei diversi presidi e delle diverse Zone Territoriali.

Appare dunque necessario lasciare il progetto sulla "coerenza delle fasi dei processi di assistenza alla fragilità", ancora in fase di definizione ottimale, per concentrare l'approfondimento che segue sulle particolarità di questo metodo, estremamente impegnativo ma parimenti fecondo, come risulta dall'esperienza appena conclusa presso l'Asur che prevede, negli adempimenti finali, che **"**Nella fase conclusiva delle Manifestazioni di Interesse la Direzione aziendale, dando seguito a quanto previsto dalla Determina del DG n. 524/05, intende valorizzare al massimo sia il processo di conoscenza, restituzione al territorio e promozione culturale dei contenuti dei laboratori che l'avvio dei percorsi

---

[139] Conclusione del testo ripreso dal progetto.
[140] Dall'ultimo messaggio di Baden Powell ai suoi scouts ed alle sue guide: "Guarda il lato positivo delle cose e non quello oscuro. Ma il modo vero di essere felici é rendere felici gli altri. Prova a lasciare questo mondo un po' meglio di come l'hai trovato e quando arriva il tuo momento per morire, tu puoi morire felice nel sentire che in ogni caso tu non hai perso il tuo tempo ma hai fatto del tuo meglio".
[141] Sarà sicuramente necessario, nel procedere dell'attuazione del progetto, estendere i ragionamenti alle neodefinite "Aree Vaste" di cui alla DGR n. 511del 08/05/06 e successive.

istituzionali ed amministrativi, interni ed esterni all'A.S.U.R., per l'accoglimento ed il recepimento possibili delle proposte dei laboratori.
Rispetto alla diffusione e alla conoscenza del lavoro svolto è stata prevista un'azione di comunicazione articolata su cinque direttrici:
- Produzione di un Compact Disk da diffondere prevalentemente tra gli operatori sanitari e socio-sanitari.
- Pubblicazione di un opuscolo di sintesi delle attività svolte.
- Diffusione dei materiali tramite il sito web dell'Azienda.
- Partecipazione a riunioni, manifestazioni interne e seminari finalizzati riguardanti le diverse tematiche dei laboratori in cui far conoscere esiti modalità d'azione e proposte emerse.
- Realizzazione di cinque Work-Shop, uno per ogni Area vasta (a partire dalla seconda metà di settembre 2006) su tematiche trasversali ai singoli argomenti dei laboratori, dai titoli: (……)"[142]

"L'approccio che ha caratterizzato l'avvio delle Manifestazioni di Interesse si può sintetizzare nella volontà di realizzare la progettazione e la costruzione del sistema di organizzazione e di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie nell'A.S.U.R., valorizzando adeguatamente le esperienze specifiche di integrazione socio-sanitaria presenti sul territorio marchigiano, per orientarle in una prospettiva unitaria.

Il coinvolgimento degli operatori sanitari e socio-sanitari dei territori è, per l'A.S.U.R., una scelta di valore e di metodo che cerca di diventare prassi corrente di progettazione e consuetudine operativa.

Altra peculiarità dell'approccio utilizzato è la convinzione che l'integrazione socio-sanitaria possa rappresentare non solo il terreno di incontro tra professionalità, servizi e territori diversi, ma costituisca il "collante" indispensabile per mantenere una prospettiva unitaria e complessiva, ontologica, alle questioni di salute che riguardano le persone, nonché per potenziare l'offerta, razionalizzandola.

Anche la scelta di non partire dalle eccellenze ma dall'esistente, con particolare attenzione alle criticità, è stato un altro criterio adottato nella progettazione e realizzazione delle Manifestazioni di Interesse, per evitare di avere "ottime risposte per pochi nella straordinarietà" e per perseguire l'obiettivo di avere "adeguate risposte per molti nella normalità".

La prospettiva, umile e funzionale, che "parte da ciò che c'è" si è mossa sulla traccia di: rilevare bisogni, domande, percezioni; ascoltare alcuni protagonisti dell'integrazione socio-sanitaria, utilizzare categorie operative e concrete nel definire gli argomenti di confronto"[143].
Far dialogare e comunicare professionisti, anche appartenenti ad organizzazioni e/o istituzioni diverse, al fine di ordinare e gestire la complessità e far si che si coordinino e convergano armonizzandosi e relazionandosi non episodicamente, rende possibile attivare processi di scambio e/o generazione di risorse funzionali a sostegno dei processi assistenziali sanitari e socio-sanitari per costituire un sistema omogeneo e stabile di relazioni, adeguato a raggiungere obiettivi sempre maggiori di efficacia, efficienza, omogeneità, integrazione, qualità e coerenza delle prestazioni e dei servizi resi all'utente.
Per realizzare tutto ciò, raccogliendo l'impegno di tutti, sono però necessari opportuni meccanismi di coordinamento ovvero un'attenta pianificazione dei sistemi di relazione al fine di consentire il potenziamento di un'organizzazione attraverso un processo di costruzione di coerenza, soprattutto nell'area dell'integrazione socio-sanitaria.
Quest'ultima è un'area che si presenta critica, in quanto di confine tra sociale e sanitario ed in quanto caratterizzata sia da un'elevata dislocazione spaziale dei servizi, sia da un'elevata eterogeneità dei professionisti, delle organizzazioni, istituzioni e soggetti sociali coinvolti, sia dalla quasi impossibilità di applicare la logica "gerarchica" che frequentemente si ritrova applicata nei servizi prettamente sanitari.
Per le ragioni appena esposte in questo campo oltre ad un approccio organizzativo gestito per processi, che permettano di garantire i requisiti di "continuità di cura" e di maggiore "comunicabilità" sul territorio[144] vi è un'esigenza di integrazione ed omogeneizzazione delle prassi più accentuata che altrove.

---

[142] Frammento della Determina Direttore Generale A.S.U.R. n. 660 del 31 agosto 2006
[143] Frammento del documento finale di sintesi dell'iniziativa e dei laboratori elaborato in staff della Direzione ISS
[144] Un moderno sistema assistenziale agisce attraverso un complesso sistema di reti di strutture e di professionisti in quanto orientato ad assicurare la continuità dei servizi ed a garantire percorsi assistenziali appropriati.

Il meccanismo elaborato ed approntato dalla *Direzione Integrazione Socio-Sanitaria dell'A.S.U.R.* per raggiungere gli obiettivi di omogeneità, uniformità, coerenza ed integrazione nel campo socio-sanitario è stato un progetto finalizzato alla elaborazione ed alla costruzione di un primo "stralcio" strutturato ed uniforme di sistema regionale di integrazione socio-sanitaria omogeneo, efficace e coerente nell'erogazione dei servizi e/o delle prestazioni[145].
Il progetto, intitolato *"Invito alla manifestazione di interesse" per progettualità operative condivise di integrazione socio-sanitaria*, che mira appunto a ricondurre ad unitarietà ed a coerenza le iniziative già in atto e/o progettate presenti sul territorio[146], è stato frutto di una pianificazione ragionata che ha guardato all'organizzazione nella sua interezza tenendo ben in considerazione operatori, ruoli, funzioni e competenze. Esso ha proceduto innanzitutto, attraverso l'analisi ed il confronto con i principali interlocutori istituzionali dell'integrazione socio–sanitaria, a definire le carenze e le criticità presenti sul territorio, poi attraverso una selezione degli operatori fatta con una *metodologia partecipata*[147] che ha rispettato le competenze dei Direttori di Zona in materia, ha inteso costruire il sistema facendo emergere "dal basso", ovvero a partire dalle proposte dei gruppi di operatori (riuniti in *laboratori*) impegnati concretamente nelle esperienze di integrazione socio-sanitaria, le soluzioni tecniche, organizzative e gestionali.
Considerato che il raggiungimento delle finalità dipende dai sistemi utilizzati, che sono tanto più efficaci quanto più coinvolgono, l'approccio pensato ha risposto ad un idea di *sussidiarietà*, di *rete* e di *governance*, altro volto della comunicazione. Il metodo concepito ha infatti cercato di realizzare l'integrazione e l'omogeneizzazione negli approcci e nelle pratiche attraverso una prassi innovativa consistente in una *metodologia operativa partecipata* finalizzata appunto a realizzare la progettazione di modalità comuni di organizzazione, gestione ed erogazione delle prestazioni nelle Zone Territoriali.
Partendo dall'idea che un ambiente di lavoro comune favorisce lo sviluppo di interazioni continue tra ruoli, funzioni e responsabilità diverse e che le stesse interazioni sostengono processi comunicativi ed operativi capaci di generare nuove visioni, atteggiamenti e prassi, la metodologia in esame si è così sviluppata a partire dai professionisti, dagli operatori, ovvero da coloro i quali posseggono la conoscenza, fattore fondamentale in questo settore, infatti costoro seguono ed hanno sotto mano in tempo reale l'evolversi della situazione, conoscendo bene le problematiche che si manifestano nei propri servizi territoriali[148].
Gli operatori, sono stati riuniti in dodici *laboratori*[149] interni all'Azienda[150], per conoscersi, confrontarsi, coordinarsi e coprogettare delle modalità comuni di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ovvero per elaborare soluzioni capaci di realizzare effettivamente una *reductio ad unum* delle modalità operative, organizzative e gestionali di affrontare i temi "problemi" oggetto dei diversi *laboratori*.

---

[145] Lo scopo del progetto è stato di instaurare, attraverso dei *laboratori*, quei meccanismi che incrementassero il livello della comunicazione interna generando possibili soluzioni utili a contrastare l'entropia, intesa come varietà, del sistema, ovvero soluzioni tese a far diminuire la complessità e le differenze presenti sul territorio determinando "un primo stralcio, ordinato e strutturato, di azioni individuate come prioritarie per realizzare un sistema regionale di integrazione socio-sanitaria coerente con la normativa vigente e con la operatività quotidiana dei servizi socio-sanitari nel territorio regionale." DIREZIONE INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA, Progetto *"Invito alla manifestazione di interesse" per progettualità operative condivise di integrazione socio-sanitaria*, pag. 2.
[146] "Il sistema regionale marchigiano è già "storicamente caratterizzato" da una "rilevante ed estesa copertura assistenziale in tutti gli ambiti del comparto socio-sanitario;…". A.S.U.R., *Atto Aziendale (art. 5 L.R. n. 13/03) 2005*, pag. 3, http://www.asur.marche.it
[147] La metodologia si è concretizzata nella richiesta ai Direttori di Zona di indicare uno o due nomi scelti tra operatori impegnati in esperienze o progetti avviati nelle Zone. Inoltre l'aver fatto operare la scelta ai Direttori di Zona, oltre ad aver permesso la responsabilizzazione di questi ultimi nella candidatura, ha dato forza alla rappresentanza.
[148] Le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione. Ciò inoltre consente "la conoscenza ed il monitoraggio permanenti della condizione della popolazione, dei bisogni dei cittadini e dell'offerta di interventi e servizi nell'Area dell'integrazione socio-sanitaria per migliorare la programmazione e la gestione degli interventi finalizzandola ad una più qualificata risposta alle esigenze dei cittadini." (Obiettivo 1 del "Programma preliminare per l'integrazione socio-sanitaria")
[149] Operativamente le attività dei *laboratori* si sono svolte sotto il coordinamento del Nucleo Direzionale Integrazione Socio-Sanitaria il quale ha mirato ad arricchire la conoscenza, facendo emergere e raccogliendo l'impegno di tutti attraverso meccanismi relazionali, ovvero attraverso un innovativo approccio manageriale.
[150] Nella prima fase i *laboratori* sono stati interni all'Azienda successivamente potranno essere allargati a soggetti esterni (es. soggetti appartenenti al terzo settore).

I *laboratori* sono dunque stati dei catalizzatori di risorse umane[151], ossia dei luoghi nei quali gli operatori potessero comunicare per attuare cambiamenti di approccio, costruzioni di nuove visioni su problematiche vecchie ed emergenti, che conducessero alla formulazione di proposte, direttive, linee guida, documenti di indirizzo, migliori pratiche e migliori soluzioni tecniche, organizzative e gestionali, le quali potessero poi essere proposte alla Direzione Generale ed essere adottate se condivise dal Collegio dei Direttori di Zona oppure essere proposte attraverso il medesimo *iter procedimentale* alla Regione, se di competenza di questa, ed eventualmente essere in seguito adottate.
A proposito va detto che anche se il procedimento burocratico appare ancora lungo ed abbastanza complesso a causa dei livelli gerarchici da ridefinire[152] e quindi non ancora snello e rapido nel recepimento delle proposte e delle soluzioni elaborate, come è previsto nell'Atto Aziendale[153], l'ottica del progetto ha risposto perfettamente all'ottica di *rete* e di *governance* assunta a modello organizzativo dall'A.S.U.R.. Nelle aziende a rete infatti si cerca di far assorbire localmente, ossia da coloro che sono immediatamente coinvolti in una situazione da ridimensionare, la complessità, intesa come la misura della varietà, di modo che la varietà residua da gestire al centro, ovvero da parte dei vertici aziendali, sia piccola e realmente gestibile[154].
La metodologia utilizzata ha inoltre risposto ad un altro importante obiettivo: lo *sviluppo delle risorse umane*, per tale ragione nel contesto del progetto in esame i *laboratori* sono stati delineati anche come un'attività formativa che ha coinvolto i vari operatori partecipanti al progetto.
Al tradizionale modello comunicativo didattico contraddistinto da marcata asimmetria dei ruoli, massima formalità, unidirezionalità nell'approccio e nella valutazione del feedback, si è sostituito in questo caso una visione della comunicazione formativa incentrata sul lavoro di *équipe*, caratterizzata da un bassissimo o nullo livello di formalità, che ha ammesso un'elevata interazione tra i ruoli attraverso la pluridirezionalità dei messaggi[155].
C'è da dire che questa formazione *in progress* oltre all'apprendimento da parte degli individui ha generato, coerentemente con i principi sanciti nella Delibera della Giunta Regionale n. 229/2005, un apprendimento da parte dell'intera organizzazione dei servizi territoriali socio-sanitari. La formazione dei professionisti coinvolti nel progetto, difatti, oltre a permettere di definire proposte di soluzioni operative, organizzative e gestionali necessarie, concrete ed innovative ai problemi reali presenti nelle realtà dei servizi territoriali in quanto quasi mai in questo campo molto eterogeneo e dinamico sono individuabili a priori "dall'alto" soluzioni standard, stabili e/o più o meno definitive, ha permesso di formare dei referenti attraverso cui dovrebbe essere possibile diffondere conoscenze, obiettivi, visioni, strategie e comportamenti comunicativi e relazionali che permettano di attivare sempre più processi di scambio e/o generazione di risorse funzionali a sostegno dei processi di integrazione socio-sanitaria.

---

[151] Il lavoro di gruppo c.d. *team work* viene sempre più utilizzato perché massimizza le possibilità di riuscita soprattutto nelle attività di progettazione, si vedano a proposito le considerazioni fatte da BARNI S., *La comunicazione d'impresa, Come prepararsi ad attuare una comunicazione di successo*, Franco Angeli, Milano, 2004, pagg. 21 e 22.
[152] L'organizzazione aziendale è difatti ancora modellata sulla stratificazione consolidata delle Zone Territoriali e, con le Delibere della Giunta Regionale n. 1704/2005 e n. 511/2006, con la necessità di declinare anche la prospettiva delle Aree Vaste. Va invece ricercato un adeguato equilibrio tra controlli e/o giudizi di ordine tecnico, economico e finanziario, da una parte, ed indirizzi, vincoli politici e giuridico-amministrativi, dall'altra, per realizzare una gestione aziendale effettiva con un ruolo forte del Direttore Generale, controbilanciato da un ulteriore aumento delle responsabilità gestionali strategiche fornendo una più ampia autonomia di scelta ed una maggiore stabilità. Si vedano a proposito le considerazioni fatte da MINTZEMBERG H., *-Riflessioni-"Il fragile equilibrio tra pubblico e privato"*, Harvard Business Review, Edizione Italiana n.: HB006 del 31/12/1996.
[153] "L'A.S.U.R. intende realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di liberare risorse da destinare alla qualificazione sempre maggiore dell'offerta, in un ottica di compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale." A.S.U.R., *Atto Aziendale (art. 5 L.R. n. 13/03) 2005*, pag. 4, http://www.asur.marche.it
[154] Per tale ragione in un *organizzazione a rete* i legami con i vertici aziendali sono deboli contrariamente a quanto accade in un *organizzazione gerarchica*. Si veda CAMMARATA S., *Complessità, Un odissea fra caos ed ordine*, ETAS, Milano, 1999, pagg. 267 e 268.
[155] La formazione aziendale eseguita "dall'alto" ha spesso valore di brevissimo periodo, mentre l'apprendimento generato attraverso la modalità esposta sopra produce delle informazioni e un sapere consolidato che portano notevoli benefici nel lungo periodo. GIULIVI A., *Marketing relazionale e comunicazione business-to-businiss*, Franco Angeli, Milano, 2001, pag. 70.

Va infine sottolineato che per aumentare l'efficacia delle attività è stato previsto uno strumento trasversale l'*"ufficio virtuale" per l'integrazione socio-sanitaria* predisposto nell'ambito del Piano di azione regionale e-helt. L'*ufficio virtuale* è stato architettato per costituire una sorta di *"open space"* virtuale capace di generare apprendimento di esperienze e condivisione azzerando i costi fisici di spostamento spaziale ed incrementando le economie del processo comunicativo ed interattivo. È da sottolineare che questo "spazio", a *laboratori* conclusi, è destinato a rimanere attivo per consentire il proseguimento dello scambio informativo e del confronto sulle tematiche trattate dai *laboratori* oltre che per permettere l'ampliamento delle relazioni informali e personali al fine di consentire l'aumento della fiducia, dell'impegno, della cooperazione e della dipendenza reciproca man mano che si intensificano e si consolidano i legami personali.
Concludiamo con un frammento del documento finale di sintesi dell'iniziativa e dei laboratori elaborato in staff dalla Direzione ISS:
"In questa linea di analisi delle Manifestazioni di Interesse è possibile iniziare a considerare gli esiti in relazione a dimensioni di output piuttosto che di outcome, rimandando ad una analisi puntuale, ad almeno un anno dalla realizzazione dei work-shop conclusivi, dell'impatto sul sistema socio-sanitario dell'approccio sperimentato in questi mesi. L'output è rappresentato dalla conclusione dei laboratori, dalla produzione dei documenti e dalla raccolta di tanti materiali, dai crediti E.C.M. assegnati ai partecipanti, dalle pubblicazioni (CD-ROM e opuscolo) che favoriranno la circolarità delle idee e la comunicazione tra le molteplici articolazione dell'A.S.U.R. a livello professionale e territoriale, dai collegamenti che si stanno attivando con i corrispettivi livelli organizzativi dei servizi sociali per discutere e confrontarsi sulle proposte sviluppate, da oltre 160 operatori e professionisti del Sistema Sanitario Regionale delle Marche che sono stati chiamati ad essere maggiormente protagonisti nella costruzione del complesso di organizzazione, gestione e erogazione delle prestazioni socio-sanitarie nell'A.S.U.R..
Il valore aggiunto delle Manifestazioni di Interesse sembra essere stato il modo "nuovo" di calarsi dentro un nuovo contesto istituzionale come quello dell'A.S.U.R. ma, più in generale, nell'articolato e complesso mondo della sanità.
Ricadute positive delle Manifestazioni di Interesse si cominciano già a vedere nella ridefinizione delle competenze tra A.S.U.R. e Regione, nel concorso di responsabilità tra i tre livelli centrali (ARS, A.S.U.R., Regione) che ne stanno cominciando a tenere conto e stanno attendendo le proposte operative emerse dai laboratori delle Manifestazioni di Interesse. C'è attesa per il "nuovo sapere" scaturito dai laboratori non solo per la qualità dei contenuti, bensì come esito dell'utilizzo di uno strumento pensato come sistemico; un'attesa da non deludere".

RUN
06

BIBLIOGRAFIA

AAVV, *Il piano di comunicazione nelle pubbliche amministrazioni*, Edizioni Scientifiche Italiane, Roma, 2004.
BARNI S., *La comunicazione d'impresa, Come prepararsi ad attuare una comunicazione di successo*, Franco Angeli, Milano, 2004.
BATESON G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1977. BENASAYAG M., SCHMIT G., *L'epoca delle passioni tristi*, Feltrinelli, Milano, 2004.
CAMMARATA S., *Complessità, Un odissea fra caos ed ordine*, ETAS, Milano, 1999.
CANCRINI L., LA ROSA C., *Il vaso di Pandora*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992.
CAVICCHI I., Malati e governatori: un libro rosso per il diritto alla salute, Edizioni Dedalo, Bari, 2006, pagg. 72 e 79.
CIOTTI L., in *Carta*, n. 7, gennaio 2005, pag. 12.
DE SAINT EXUPERY A., *Le Petit Prince*, Editions Gallimard, Evreux, 1998, pag. 66.
ESPOSITO S., *Resistenza e cittadinanza*, Comunità Edizioni CNCA, Roma, 2006, pagg. 5, 45, 59.
GIULIVI A., Il Maketing relazionale e la comunicazione business-to-business, Franco Angeli, Milano, 2001.
LEMMA P., *Promuovere salute nell'era della globalizzazione: una nuova sfida per antiche professioni*, Edizioni UNICOPLI, Milano, 2005, pagg. 217-219.
LORENZ K., *Il declino dell'uomo*, Arnoldo Mondatori Editore, Milano, 1984.
MATURANA H., VARELA F., *L'albero della conoscenza*, Garzanti, 1987.
MEDI M.T., Obiettivi, strumenti, attori e processi, in L'operatore per l'integrazione, un percorso formativo, Ed Affinità Elettive, Ancona, 2005.
MINTZEMBERG H., *-Riflessioni-"Il fragile equilibrio tra pubblico e privato"*, Harvard Business Review, Edizione Italiana n.: HB006 del 31/12/1996.
MORELLI M., La comunicazione d'impresa e la promozione dell'immagine, Metodi e tecniche per lo sviluppo, la pianificazione e la verifica della comunicazione, Collana: Azienda moderna n. 339, Franco Angeli, Milano, 1997.
ODDIFREDDI P., *Il vangelo secondo la scienza*, Einaudi Editore, Torino, 1999.
ONNIS L., LO RUSSO G., *La ragione degli altri*, Savelli, Roma, 1979.
WITTGENSTEIN L., *Tractatus logico-philosophicus*, Einaudi, Torino, 1968.
WITTEGNSTEIN L., *Ricerche Filosofiche*, Einaudi, Torino, 1967.

Normative e documenti consultati ed utilizzati

A.S.U.R., Atto Aziendale 2005, http://www.asur.marche.it
A.S.U.R., Determina Direttore Generale n. 660 del 31 agosto 2006, Progetto denominato "Invito alla manifestazione di interesse per progettualità operative condivise di integrazione socio-sanitaria" – Approvazione documento.
A.S.U.R., Direzione Integrazione Socio Sanitaria, Progetto "Invito alla manifestazione di interesse" per progettualità operative condivise di integrazione socio-sanitaria e documento finale di sintesi dell'iniziativa e dei laboratori
LEGGE REGIONALE 20 Giugno 2003 n. 13.
DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE 16 Febbraio 2005 n. 229 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale".
UNI ENTE NAZIONALE ITALIANO DI UNIFICAZIONE, SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITÀ–linee guida per il miglioramento delle prestazioni–UNI EN ISO 9004, Milano, 2000.

La storia di Abdul: riflessioni nel lavoro psicologico con i migranti adolescenti.

DANIELA SILVESTRELLI*, SARA REGINELLA**

* Psicologa e Psicoterapeuta della famiglia, ASUR Zona 7, Responsabile Unità Operativa Attività Consultoriali - Distretto Centro, Ancona

** Psicologa libero professionista, volontaria presso ASUR Zona 7, Unità Operativa Attività Consultoriali - Distretto Centro, Ancona

I disagi del migrante

La storia di Abdul è quella di un ragazzo diciassettenne afghano ospite di una Comunità per minori. Viene inviato al servizio consultoriale dagli operatori della Comunità che richiedono un sostegno psicologico per il giovane, descritto come eccessivamente triste ed irritabile.

Abdul è emigrato dall'Afghanistan a seguito della morte di suo padre, ucciso dai guerriglieri perché collaboratore dell'esercito americano. Abdul, primogenito, è costretto a scappare dalla sua terra per evitare possibili ritorsioni su di sé. Circa due anni fa giunge quindi in Italia attraverso la Grecia, passando per il Pakistan e la Turchia.

Il suo arrivo nel nostro paese si inserisce in una realtà caratterizzata da un'incidenza di immigrati del 6,7% sulla popolazione italiana e una loro presenza sul nostro territorio che nel 2008 sfiorava i 4.000.000 contro gli appena 100.000 immigrati del 1970 (dati Dossier Caritas del 2008). La presenza di migranti che afferiscono ai servizi consultoriali è oggi un fenomeno che emerge in maniera sempre più massiccia. La migrazione in realtà non ha di per sé nulla di patogenetico. Tuttavia essa può rappresentare un evento critico che agisce sulle strutture psichiche e identitarie dell'individuo e che quindi può diventare, così come ogni situazione di crisi, sia un'occasione di sviluppo psicologico, che un fattore di rischio di disgregazione dell'identità, procurando nell'individuo sintomi psichici di tipo ansioso (tensione, irritabilità, panico), depressivi (senso di colpa, apatia, tristezza, ideazioni suicidarie), fenomeni di impulsività e di violenza verso se stessi e verso gli altri.

Sulla base della nostra esperienza, abbiamo rilevato che tali sintomi si possono slatentizzare a partire da una preesistente struttura di personalità problematica ma, il più delle volte, abbiamo notato specifici fattori di rischio collegati al processo migratorio e alla relativa insorgenza psicopatologica, tra cui: difficoltà economiche e di accesso al mercato del lavoro incontrate dal migrante nel nostro paese, ansia per il rischio della mancata riuscita del sogno migratorio, difficoltà culturali e di integrazione, esposizione alla marginalità, cui rischia di andare incontro uscendo dal proprio gruppo culturale, e separazione dalla propria famiglia di origine e dalla propria cultura di riferimento.

Il lavoro terapeutico con i migranti: un approccio multidisciplinare

Il lavoro terapeutico con i migranti è quindi molto delicato e andrebbe sviluppato su più fronti, anche tramite un approccio multidisciplinare che, nel caso di Abdul, ha previsto un'interazione continua tra lo psicologo, il supervisore, gli operatori della Comunità e il mondo della scuola e del lavoro, con particolare attenzione alla cultura afghana di origine affinché, oltre a rispondere ai bisogni individuali

del giovane, non fossero tralasciati i suoi valori familiari, culturali e religiosi, ritenuti un fattore di resilienza determinante per il successo di ogni terapia con migranti.
Parlando con Abdul, però, ci rendiamo presto conto della sua assenza di motivazione ad intraprendere un percorso di sostegno psicologico. Egli, infatti, non ha mai sentito parlare di aiuto psicologico e vive l'invio al servizio come una sorta di imposizione contro la sua volontà. Concordiamo con Abdul di fare un numero di incontri che sarà lui a scegliere, durante i quali conosceremo la sua storia, la sua cultura e le difficoltà che sta incontrando attualmente per verificare con lui se sia possibile fornire un supporto attraverso un percorso per lui del tutto inedito.

L'adolescenza del migrante: l'identità nelle dinamiche di appartenenza e separazione

Il giovane afghano si esprime in un italiano quasi impeccabile, appreso molto velocemente. Veste in abiti occidentali alla moda e i suoi capelli sono tagliati a cresta.
Appare presto evidente come egli sia diviso tra il desiderio di appartenere ed integrarsi con la realtà italiana da un lato e la sua difficoltà nel socializzare con ragazzi italiani suoi coetanei dall'altro. Così Abdul si ritrova spesso a frequentare, oltre ai giovani ospiti stranieri della Comunità, i suoi connazionali, spesso più grandi di età, con i quali condivide il mondo culturale ed etnico di appartenenza. Il conflitto che ben presto cogliamo in Abdul è quindi quello tra la sua cultura di origine e il mondo dei coetanei, in questo caso occidentali. Riteniamo che il superamento positivo di tale conflitto deporrà per un esito felice nella costruzione della sua identità. Tale processo, e il relativo conflitto tra il bisogno di appartenere ad un contesto diverso da quello di origine e allo stesso tempo di mantenere intatto un rapporto con le proprie radici, è del tutto paragonabile al processo maturativo che vivono gli adolescenti occidentali, stretti nella morsa delle dinamiche di appartenenza-separazione, proprie del processo individuativo di ogni adolescente, il cui esito è lo sviluppo dell'identità di adulto (Andolfi, 2010).

In questo senso, riteniamo che un elemento imprescindibile, quando si lavora con soggetti migranti di ogni età, ed in particolar modo con quelli adolescenti, riguardi una sorta di rinegoziazione dell'identità e delle modalità relazionali, poiché ad ogni migrazione è associato un aspetto trasformativo del soggetto stesso e del suo rapporto con il mondo. Tale aspetto, se male integrato, può contribuire a porre le basi del disagio psichico. Le teorie dello choc culturale ritengono infatti che la sofferenza del migrante si sviluppi a partire dall'impatto che l'esperienza di vita in un paesestraniero ha su di lui. Il migrante sperimenterebbe la perdita di quell'alone di normalità che ogni cultura costruisce attorno alle sue pratiche e ai suoi saperi, non più possibile in contesti di marginalità in cui rischia di prodursi invece una scissione tra la cultura interiorizzata e quella del paese di appartenenza, con la conseguenza dell'impossibilità di integrarsi e radicarsi nel nuovoterritorio sociale e culturale. In un contesto simile, il migrante rischia di permanere in uno stato di sospensione esistenziale, a cavallo tra riferimenti culturali opposti, la cui sintesi difficilmente riesce a compiersi (Beneduce, 1998).

Anche Abdul ci appare sospeso in una sorta di limbo tra la cultura occidentale e quella afghana a cui, nei primi incontri, accenna con una certa reticenza. Ed è per questo che ci proponiamo di aiutarlo a comprendere meglio la nostra cultura, fornendo risposte ai suoi dubbi e perplessità. Ma parallelamente ci proponiamo di aiutarlo anche nel recupero degli aspetti positivi della sua cultura di origine, toccando delicatamente tutti quegli aspetti tradizionali che Abdul sembra momentaneamente aver occultato, e dietro i quali ipotizziamo si celi un ricco universo emozionale ed affettivo legato alle sue origini.

Una volta stimolato, Abdul comincerà a raccontare della sua famiglia, dell'Islam, il cui culto continua a praticare anche in Italia, della quotidianità del passato, delle ricette tipiche della propria terra e dell'origine e significato del nome suo, dei propri familiari e degli amici afghani conosciuti in Italia, la cui frequentazione riteniamo sia una risorsa fondamentale nella sua vita, favorendo lo sviluppo della sua identità sociale e riducendo il rischio di sviluppo di eventuali sintomatologie da sradicamento, così comuni tra i migranti (Haber, 1994).

Lo shock della guerra

Nei racconti di Abdul sull'Afghanistan, però, emerge anche il tema del conflitto bellico, dell'uccisione del padre e il dolore per il suo paese dilaniato. C'è anche il ricordo del pericoloso viaggio in cui ha percorso centinaia di chilometri senza acqua né cibo, insieme ad altri giovani poco più che bambini, pronti a rischiare la vita nell'esodo dall'Afghanistan. Abdul non è ancora disposto a ricordare i dettagli di quel tragico cammino, durante il quale, molte delle persone che viaggiavano con lui non ce l'hanno fatta. Traumi addizionali, quelli che vivono i migranti provenienti da territori in guerra che sperimentano, nel terrore per la propria incolumità, devastazione, lutto e shock per le morti violente dei propri cari, come nel caso di Abdul, il cui padre viene ucciso barbaramente. Abdul verrà sostenuto con un approccio supportivo, in quanto verifichiamo che attualmente l'espressione di sentimenti di perdita e frustrazione profondi, da lui non sarebbero tollerati.

Il mandato familiare

Ampio spazio, però, è stato dato all'elaborazione dei suoi vissuti verso la famiglia di origine che, sopravvissuta alla guerra, si è rifugiata in Pakistan, e con la quale Abdul è ancora in contatto attraverso internet, grazie alle videochiamate che effettua regolarmente via webcam. Abdul esprime la sua rabbia verso se stesso, incapace di trovare un lavoro per poter spedire un contributo economico alla madre e ai fratelli. La sua frustrazione è enorme.

Abdul giunge in Italia completamente analfabeta. Attualmente è iscritto ad una scuola propedeutica all'inserimento lavorativo, ma la sua attenzione rimane puntata sul suo senso di fallimento per non riuscire a sostenere economicamente la famiglia. Vissuti analoghi sono comuni a molti migranti che non trovano lavoro nel nostro paese. Essi spesso giungono in Italia portando con sé un vero e proprio mandato familiare (Scabini, 1993), legato alle aspettative dei parenti. Il peso del mandato può diventare insostenibile quando si prospetta un suo fallimento. In questo contesto, possono emergere sintomi nel migrante (rabbia, ansia, depressione, ecc.) senza che lo stesso ne correli l'insorgenza con il vissuto di fallimento sperimentato. Il mancato rispetto del mandato familiare può riemergere anche sotto forma di debito di lealtà e senso di colpa verso la famiglia di origine. Questi ultimi andrebbero elaborati, anche se la difficoltà spesso sta nel fatto che a volte essi emergono in modo tutt'altro che esplicito. Abdul, invece, tende ad attribuire direttamente a se stesso la responsabilità del proprio fallimento, finendo per sentirsi frustrato e inadeguato. Una tale divergenza tra l'originario progetto migratorio e la quotidianità con cui ci si scontra, può generare una crisi talmente forte al punto che l'identità sociale, culturale e affettiva del soggetto rischia di cedere, provocando una serie di sintomatologie anche di tipo psichiatrico. Per questo motivo è molto importante effettuare un lavoro di prevenzione sul migrante, come nel caso di Abdul, che non ha ancora sviluppato una diagnosi vera e propria, ma con il quale scegliamo di dedicare spazio all'ascolto e all'elaborazione delle sue aspettative frustrate per evitare che la sua tristezza ed irritabilità degenerino in una sintomatologia più grave.

Questo perché le lealtà familiari permangono nel soggetto migrante, mostrando che l'emigrazione non è mai vissuta solo a livello individuale e che i legami familiari rimangono, nonostante le distanza.
In questo senso, nel rapporto tra il migrante e la propria famiglia di origine, si gioca una dinamica che si articola tra il legame e lo svincolo familiare, in cui gli aiuti economici che il migrante vorrebbe inviare assumono il senso di un'intenzione ad essere presenti con la propria famiglia, nonostante la distanza e la separazione (Bertolino, 2010).

La famiglia d'origine e le dinamiche relazionali attuali

Un tale lavoro si rivela fondamentale, parallelamente a quello sull'elaborazione della separazione dai propri cari, quanto più si ipotizza che le problematiche irrisolte con la propria famiglia di origine si riflettono nelle relazioni attuali e, nel caso di Abdul, in particolar modo con gli altri utenti della Comunità di cui è ospite e con gli operatori della stessa. Egli è spesso assalito da momenti di tristezza profonda e di rabbia verso sé e gli altri e, nei momenti di maggiore scoramento, sembra non essere in grado di chiedere conforto.

Ipotizziamo che essendosi trovato solo molto presto, abbia appreso come essere autosufficiente cercando di gestire da solo le proprie fragilità, in mancanza di figure di riferimento cui poter chiedere aiuto. In tal senso, Abdul mette alla prova di continuo gli operatori della sua Comunità, quasi a voler verificare se, dopo le sue aggressioni verbali, questi siano disposti ad accoglierlo di nuovo, quasi a cercare di capire di chi si possa fidare. E' la stessa dinamica che incontriamo con i minori adottati, anche prima dell' adolescenza, quando mettono alla prova con comportamenti provocatori i genitori adottivi. In ciò, Abdul fatica ancora a tollerare la frustrazione di essere rimproverato e corretto, vivendo ciò con la sensazione dell'ingiustizia subita e della privazione dellalibertà. L'approccio multidisciplinare, a questo punto, ci consentirà di lavorare su due fronti. Da un lato stimoleremo Abdul a riflettere sull'estremizzazione delle sue reazioni, aiutandolo ad integrare il fatto che le figure che lo vogliono aiutare possono essere le stesse che gli impongono delle restrizioni per il suo bene. Dall'altro supporteremo gli operatori della Comunità nel comprendere il vissuto di Abdul e le possibili motivazioni che stanno dietro il suo metterli continuamente alla prova, con comportamenti che finiscono spesso per suscitare negli operatori emozioni di forte rabbia nei suoi confronti. Abdul sembra provocarli per verificare se si può fidare. In fondo, la rabbia di Abdul, oltre ad essere quella di un migrante che ha sofferto e soffre per la perdita brutale delle relazioni con i suoi cari, è anche la rabbia di un adolescente che si ribella alle figure di riferimento che si prendono cura di lui. Egli pare vivere quell'antinomia tipicamente adolescenziale che lo porta da un lato a mostrarsi aggressivamente indipendente e, dall'altro, a rivendicare quell'affetto che egli è incapace di chiedere, pronto com'è a rompere relazioni ad ogni frustrazione, al fine di mettere alla prova chi gli sta vicino, per verificare se il prossimo è realmente disposto a prendersi cura di lui. Ma la rabbia di Abdul non deve diventare violenza agita. Così il lavoro sulla funzione riflessiva e sul'empatia sarà un importante inizio per aiutarlo a meglio interagire con gli operatori e i suoi compagni in Comunità.

Conclusioni

Alla fine degli incontri concordati, l'irritabilità di Abdul è in parte diminuita, così come sono diminuiti i suoi momenti di tristezza.

Sia gli operatori della Comunità che Abdul ci appaiono maggiormente consapevoli delle dinamiche relazionali in cui sono coinvolti e le interazioni appaiono notevolmente più sane. Ribadiamo l'importanza di non colpevolizzare Abdul per la scelta di non intraprendere un percorso di sostegno più lungo. Il suo gesto di aver accettato di sperimentare un simile cammino, a lui completamente sconosciuto, a nostro avviso è il segno del suo desiderio di provare a fidarsi, nonostante le terribili esperienze del passato.

Per quanto ci riguarda, siamo grate ad Abdul per averci fatto conoscere la sua storia e per averci aiutato nella conoscenza della sua cultura, della sua religione, dei suoi drammi e dei suoi valori, che forse sono stati gli ingredienti principali che ci hanno permesso di avvicinarci a lui e che, in una società sana, dovrebbero essere integrati e accolti, attraverso un processo di negoziazione tra le diverse culture.

Bibliografia:

ANDOLFI M. e CAVALIERI L. (2010), "Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale", Rivista di Psicoterapia Relazionale. Immigrazione e Multiculturalità, n. 31;

BENEDUCE R. (1998), "Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo", Franco Angeli, Milano;

BERTOLINO R. (2010) "La solitudine estrema. Note a margine su conflitti ed ambivalenze nei processi migratori", in Pattarin E., Giuliodoro S. (a cura di) "Migrazioni ed emarginazione sociale", Quaderni dell'Università Politecnica - Dipartimento Scienze Sociali "Donatello Serrani" di Ancona, n. 32;

HABER R. (1994). Please, help me with this family, Brunner-Mazel, New York;

SCABINI E. (1993) "La famiglia in una società multietnica", in Studi interdisciplinari sulla famiglia, n. 12.

NUCLEI FAMILIARI E BAMBINI SENZA PELLE

VALERIA TOSSICHETTI*, CLAUDIA CIOFFI, CRISTIANA VITALI*****

*psicologa psicoterapeuta, coordinatrice area prevenzione e tutela età evolutiva, u.o. consultoriale ASUR Zona 7, Ancona

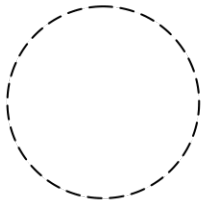
**psicologa volontaria, u.o. consultoriale ASUR Zona 7, Ancona

*** psicologa, consulente Comune di Ancona

Per quanto riguarda il tema dei confini dell'Io, l'Analisi Transazionale classica si è focalizzata soprattutto sulla descrizione dei confini tra i tre stati dell'Io, mentre non troviamo studi approfonditi riguardo ai confini tra il Sé e l'altro. Berne (1961) descrive in *Analisi Transazionale e psicoterapia* i confini dell'Io come delle complesse membrane di una permeabilità altamente selettiva (cfr. p. 52). Accenna, in un altro brano dello stesso testo, ad una polarità della permeabilità dei confini dell'Io (cfr. p. 39), descrivendo cosa avviene all'interno dell'apparato psichico della persona quando i confini sono rigidi o molli.

La concettualizzazione di un rapporto tra confini dell'Io ed ambiente esterno ci viene offerta dai Woods (1981) che, nell'articolo sull'Io diviso, descrivono la struttura del neonato con un cerchio tratteggiato che rappresenta la linea di confine tra Sé ed il mondo; citiamo la descrizione che essi fanno: "Quando il bambino entra nel mondo è un Sé indistinto. Il limite tra Sé e gli Altri non è percepito dal neonato". M. James (1985) riprende l'immagine dei Woods specificando che "alla nascita tutti abbiamo confini degli stati dell'Io lassi. La nostra energia è diffusa e non differenziamo noi stessi dall'ambiente che ci circonda". Suppone, inoltre, che molte persone raggiungono tardi tale differenziazione "tra il Sé e l'oggetto" o possono non raggiungerla mai.

I Woods e James utilizzano lo stesso schema:



Prima infanzia, quando la separazione e la differenziazione tra il bambino ed il suo ambiente non è ancora avvenuta.

M. James e M. e K. Woods confrontano l'AT con la psicoanalisi citando la Mahler, Kernberg e Kohut. In particolare ci interessa approfondire quanto di questo confronto è relativo all'aspetto "corporeo" nella strutturazione dei confini. M. James afferma che nel momento della consapevolezza dei bisogni e delle soddisfazioni corporee, i bambini cominciano a differenziarsi dal resto del mondo.

Specifica ed efficace la descrizione che effettua M.T. Romanini (1985) sugli aspetti coinvolti in questo primo sviluppo della persona: "L'uso della sempre più efficiente coordinazione delle percezioni sensoriali ha permesso al bambino (o comincia a permettergli) di riconoscere i limiti esterni del proprio corpo da quelli dei corpi altrui, animati o inanimati".

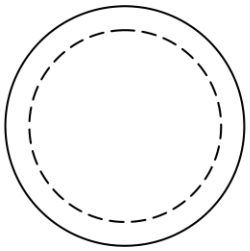
Il legame tra corpo ed aspetti mentali viene affrontato in ambito psicoanalitico da vari autori: ci sono sembrati interessanti i concetti esposti da E. Bick (1968), esponente di una Scuola Kleiniana, sull'esperienza della pelle nelle primissime relazioni oggettuali. Bick prende le mosse dalla nozione di parti della personalità, non ancora differenziate da parti del corpo, tenute insieme passivamente dalla pelle che funziona come delimitazione. In accordo con Lussana riteniamo che "risalti la funzione della

pelle insieme contemporaneamente come legame, contenimento e delimitazione con tutte le possibili implicazioni e arricchimenti per i vecchi concetti di oggetto e relazione oggettuale, e per quelli più nuovi bioniani di contenitore e di spazio mentale da delimitare e dimensionare". Ci sembra evidente il paragone tra questo concetto e quanto sopra specificato in A.T.

Quando questa differenziazione non avviene, per cui siamo in presenza di una permanenza nel tempo di una scarsa integrazione tra il bambino e l'ambiente, osserviamo uno sviluppo dell'Io che mantiene confini lassi, come esplicitato da M. James. Questo fenomeno non è sempre strettamente sintomatico. "In casi meno gravi, la persona può avere una famiglia, fare un matrimonio o avere un lavoro di tipo protettivo" (James, 1985).

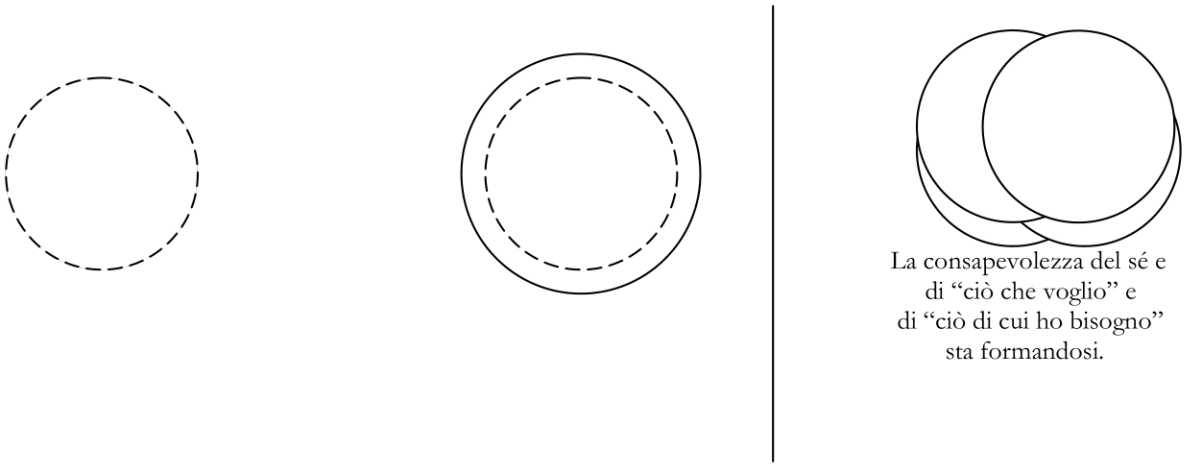
Ciò può essere paragonato a quello che E. Bick descrive come la "formazione di una struttura debole e di un tipo adesivo superficiale e imitativo di interazione con l'oggetto" (Lussana,1983). Bick (1968) accenna, inoltre, ad un'altra modalità di scarsa integrazione tra il bambino e l'ambiente che conduce alla "formazione di una "seconda pelle", attraverso la quale la dipendenza dall'oggetto è sostituita da una pseudoindipendenza e dall'uso inappropriato di certe funzioni mentali o di attitudini innate, allo scopo di creare un sostituto della funzione di contenitore della pelle".

Ritornando allo schema di M. James del Sé emergente, ci colpisce l'immagine che la stessa ha ideato a proposito del momento della prima consapevolezza al senso di Sé:



Infanzia, quando inizia una certa consapevolezza al senso del "me" come separato dall'ambiente.

Pur se non completamente compatibile con la concezione di E. Bick, l'immagine sembra rendere visivamente la modalità di blocco evolutivo a scopo difensivo del bambino molto piccolo. A livello della formazione del confine degli stati dell'Io, si sviluppa, a nostro avviso, uno "pseudoconfine". Laddove le figure primarie non forniscono un rapporto sufficientemente buono, il confine proprio degli stati dell'Io mantiene delle caratteristiche di labilità pur presentando una struttura apparentemente adeguata. Lo schema rappresenta quindi il tentativo evolutivo di differenziazione dalla madre. Il bambino, se non adeguatamente supportato, "costruisce" una sorta di struttura che protegge e contiene i propri confini, invece di evolvere verso la separazione e la differenziazione.



La consapevolezza del sé e di "ciò che voglio" e di "ciò di cui ho bisogno" sta formandosi.

Durante le osservazioni effettuate presso il Consultorio Familiare di Ancona negli ultimi quattro anni, sono emerse le caratteristiche sopra descritte in bambini inviati dal Tribunale dei Minori per una

valutazione e per una presa in carico. In particolare queste caratteristiche di adesività ovvero di pseudoindipendenza sono state rilevate in bambini provenienti da famiglie con almeno una figura genitoriale che presenta problemi di tossicodipendenza, alcolismo e/o (anche se in misura minore) patologia psichiatrica. Non è rilevante che uno o più di questi disturbi siano presenti nel padre o nella madre, ciò che risalta è il fatto che la madre, anche se non manifesta una sintomatologia evidente, presenta una struttura di personalità con caratteristiche adesive.

Spesso la problematica del minore non viene identificata dal Servizio, in quanto si cela dietro ad un'apparente "normalità". Si tratta di bambini che non presentano segnali di disagio evidenti, anzi solitamente mostrano una buona autonomia sociale, una buona integrazione con i coetanei ed un andamento scolastico abbastanza adeguato, per cui la presa in carico, se avviene, è prevalentemente di tipo sociale ed è rivolta alla coppia genitoriale e ai sintomi che presenta (controllo di abusi di sostanze, di somministrazione di terapie farmacologiche, ecc.).

Riteniamo importante approfondire le caratteristiche prevalenti osservate in questi bambini.

Innanzitutto, come precedentemente accennato, si presentano compiacenti, imitativi e tendono ad instaurare relazioni fusionali con gli altri; si evidenzia, in particolare, un'iperadattabilità, che si manifesta con mimetismo, facilità a relazionarsi con gli estranei, scarsità di comportamenti oppositivi.

Inoltre abbiamo rilevato la presenza di problematiche nell'orientamento spazio-temporale, che possono essere definite "false disprassie" e che fanno pensare ad una sottostante difficoltà nel gestire i confini anche a livello spaziale e temporale.

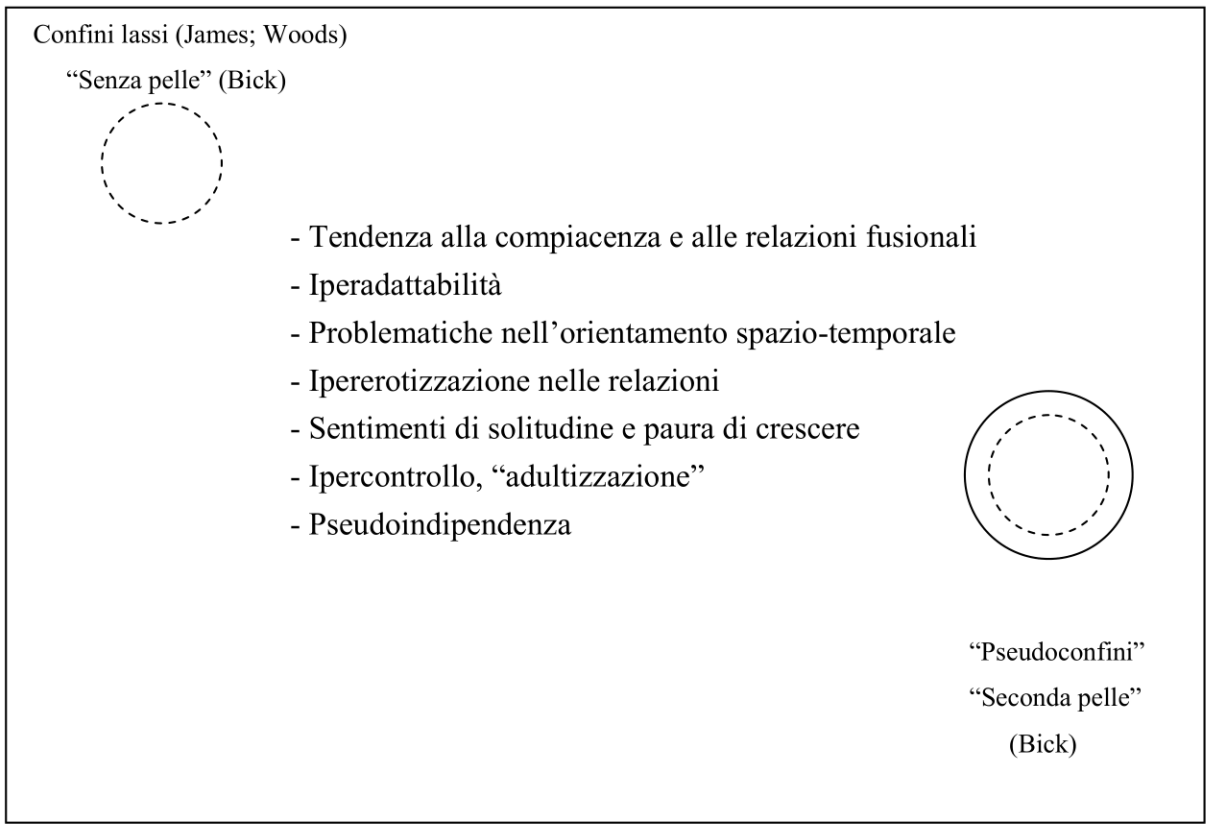
Una caratteristica importante riscontrata è, inoltre, un'ipererotizzazione nelle relazioni presente nelle loro famiglie. Il termine "iperotizzazione" lo usiamo nel senso attribuito da Eiguer (?), esponente di una scuola francese di Terapia Familiare, che ha scritto sul legame perverso e ipererotizzato riscontrato nelle famiglie con problematiche di dipendenza. Questo ci fa pensare al fatto che tra i membri di queste famiglie è presente una mancanza di confini anche a livello corporeo. Inoltre è importante specificare che l'ipererotizzazione di cui parliamo si differenzia dall'abuso e dalla molestia intrafamiliare per la mancanza di intenzionalità e consapevolezza dei gesti di eccessiva vicinanza fisica, che rappresentano una modalità di trasmettere affetto e calore senza una differenziazione tra le varie generazioni.

Dai test proiettivi somministrati a questi bambini, in particolare dalle Favole della Duss (Duss,…), emergono sentimenti di solitudine e di doversela cavare da soli, uniti alla paura di crescere.

Infine sono state rilevate manifestazioni di ipercontrollo, responsabilizzazione precoce e quindi di "adultizzazione". Molti bambini infatti mostrano, come già accennato, una pseudoindipendenza, cioè un'autonomia apparente.

Tutte le caratteristiche riscontrate in questi bambini possono essere, a nostro avviso, inserite all'interno di uno schema (vedi Fig. 1), dove abbiamo posto da una parte i bambini che presentano confini lassi e che possono essere identificati come "senza pelle" e dall'altra i bambini che presentano invece uno "pseudoconfine" e che Bick ha definito come bambini con una "seconda pelle". In realtà queste due modalità rappresentano due possibili forme di adattamento, che possono anche oscillare e alternarsi nello stesso bambino.

Abbiamo posto le caratteristiche esposte secondo questo ordine proprio perché le prime, soprattutto compiacenza e iperadattabilità, sono più tipiche dei "senza pelle", mentre l'ipercontrollo e la pseudoindipendenza si riscontrano più facilmente nei bambini con una "seconda pelle".



Proprio il concetto di ipererotizzazione come mancanza di confini tra i componenti della famiglia, ci permette di introdurre il tema del rapporto tra l'individuo e il suo nucleo familiare.

Innanzitutto è importante precisare che la famiglia può essere considerata come un gruppo e, come afferma Berne (1963 in Kadis e McClendon, 1980), il gruppo ha al suo interno una combinazione di "confini" che rappresentano la sua principale struttura. Egli distingue confini esterni e confini interni al gruppo.

Nelle famiglie dei bambini di cui stiamo parlando, alla mancata differenziazione e separazione fisica tra i vari membri, si associa un'altrettanto labile differenziazione psichica tra loro. A questo proposito vogliamo citare una frase di Meltzer ed Harris (1983), allievi di Bion e della Klein, che ci riporta all'idea della pelle come delimitazione e confine: "quando la delimitazione cutanea viene sentita come fragile, permeabile o incompleta, la delimitazione tra interno ed esterno ne risulterà danneggiata a tal punto da rendere impossibile la costruzione di una famiglia interiore". Meltzer ed Harris, inoltre, descrivono vari tipi di famiglie che definiscono famiglie con Assunti di Base: tra queste, in particolare ci sembra rilevante considerare quelle in cui alla mancata differenziazione tra i membri corrisponde una più marcata differenziazione e isolamento rispetto all'ambiente esterno, e quelle in cui alla mancata differenziazione tra i membri corrisponde, invece, una modalità parassitaria e fusionale di rapporto con l'ambiente.

Minuchin (1974), in ambito sistemico-relazionale, tratta questo argomento, mettendo in evidenza anche lui l'importanza dei confini nei sistemi familiari e affermando che le famiglie possono collocarsi lungo un continuum tra due poli rappresentati da due estremi: confini diffusi e confini eccessivamente rigidi.

Anche Kadis e McClendon (1980) in A.T., riprendendo il pensiero di Berne sul gruppo, sottolineano l'importanza di una chiara separazione sia all'interno della famiglia tra le generazioni e tra i vari membri, sia tra la famiglia e l'ambiente esterno, e ritengono che i confini varino tra una condizione di estrema chiusura ed una condizione che essi definiscono di super-permeabilità. E' proprio il termine "super-permeabilità" che ci riporta alla mente l'idea di Berne (1961) e successivamente di M.T. Romanini (1986; 1990) sulla descrizione dei confini dell'Io che sembrano funzionare come *membrane* di una

permeabilità altamente selettiva, che quindi differenziano, anche in ambito familiare, i vari membri tra loro e la famiglia dall'ambiente esterno.

Vogliamo concludere mettendo in risalto il parallelismo che abbiamo riscontrato tra la strutturazione dei confini familiari interni ed esterni e la struttura dell'apparato psichico dell'individuo, in quanto, in entrambi i casi, emerge la rilevanza della *differenziazione*, che possiamo definire come: *una pelle psichica che distingue e contiene il Sé dall'Altro ed il Nucleo Familiare dagli Altri.*

BIBLIOGRAFIA

Berne, E. (1961). *Transactional Analysis in Psychoterapy*. New York: Grove Press (tr. it. Di Liliana Menzio, *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio, 1971).

Berne, E. (1966). *Principles of Group Treatment*. New York: Grove Press (tr. it. Di Salvatore Maddaloni, *Principi di terapia di gruppo*. Roma: Astrolabio, 1986).

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486 (tr. it. di Luciana Baldacchini, L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali, in V. Bonaminio e B. Iaccarino (a cura di), *L'osservazione diretta del bambino* (pp. 90-95). Torino: Bollati Boringhieri, 1984).

Duss, L. *Il metodo delle favole di L.Duss*. OS Firenze

Eiguer, *La famiglia del tossico dipendente*. Cortina

James, M. (1985). Diagnosis and treatment of ego state boundary problems, in M. James, *Monograph* (tr. it. di Roberta Marin Fiori, Diagnosi e trattamento dei problemi dei confini degli stati dell'Io. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche*, V, 8-9, 82-93, 1985).

Kadis, L.B. e McClendon, R.A. (1980). Project: Family "Cure". *T.A. Journ.*, X, 2, 147-152 (tr. it. di Paola Torti, Progetto: "Cura" della famiglia. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche*, VIII, 15, 63-68, 1988).

Lussana, P. (1983). *Con Mrs. Bick discutendo la "mother-infant observation" accanto alle varianti dell'interazione analista-analizzando*. Letto all'Associazione Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica Infantile in Roma il 23 novembre 1983 e, con modifiche, al Centro di Psicoanalisi Romano il 16 dicembre 1983.

Meltzer, D. e Harris, M. (1983). *Child, Family and Community: a psicho-analitical model of the learning process*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (*Il ruolo educativo della famiglia – Un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento*. Torino: Centro Scientifico Editore).

Minuchin, S. (1974). *Families & Family Therapy*. Cambrige: Harvard University Press (tr. it. Di Marcella de Nichilio Andolfi, *Famiglie e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio, 1976).

Romanini, M.T. (1985). La nascita psicologica. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche*, V, 8-9, 7-51.

Romanini, M.T. (1986). Parlarsi: genitori e adolescenti, in M.T. Romanini, *Costruirsi persona* (pp. 423-445). Milano: Ed. La Vita Felice.

Romanini, M.T. (1990). Proposta di un trattamento breve dei disturbi psicologici dell'adolescenza: il gruppo a tre genitori e figlia/o adolescente, in M.T. Romanini, *Costruirsi persona* (pp. 409-422). Milano: Ed. La Vita Felice.

Woods, M. e K. (1981). Ego splitting and the T.A. Diagram. *T.A. Journ.*, XI, 2, 130-133 (tr. it. di M. Grazia Minei, L'Io diviso e il diagramma A.T. *Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Psicoterapeutiche*, V, 8-9, 140-151, 1985).